

ANNALI UNIVERSALI

DI

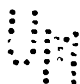
MEDICINA E CHIRURGIA

PARTE RIVISTA

GIÀ DIRETTA DA **G. B. SORESINA** e **M. DE-CRISTOFORIS**

ORA DA

A. CORRADI



VOLUME 283

2.° SEMESTRE 1887

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1887

RASSEGNA MEDICO-CHIRURGICA (1)

I. Atkinson J. E. (2). — **Rubella *(rubeola)*;** pag. 17.

I caratteri distintivi della scarlattina e del morbillo sono noti e ordinariamente ben manifesti, ma tratto tratto si presentano certe forme eruttive miste, intorno alle quali gli autori non sono d'accordo se sieno da attribuirsi all'uno o all'altro dei suddetti esentemi, oppure se siano da considerarsi come entità morbosa speciale, come volevano fin dal secolo passato Bergen (1752) e Selle (1780), e poco dopo Heim, Willan, Meton. Altri Autori pur riconoscendo le rubeola come forma distinta notarono che essa appariva quasi sempre quando dominava il morbillo o la scarlattina o succedeva a brevi intervalli alla epidemia di questi esantemi, ovvero si manifestava in luoghi prossimi a quelli dove le eruzioni suddette erano diffuse. Così Schönlein nel 1822 osservò che nelle provincie renane eravi epidemia di morbillo, in quelle oltre l'Elba di scarlattina e fra le une e le altre di rubeola, e Busche nel 1841, Gerstein a Groninga nel 1821 e nel 1834, e Wagner e Paasch nel 1854 videro al morbillo succedere immediatamente l'epidemia di rubeola ed a questa quella della scarlattina.

Schönlein tentò dimostrare che nella rubeola quando si avevano sulla pelle i caratteri della scarlattina prevalevano sulla mucosa quelli del

---

(1) Dall'« American Journal of the Medical Sciences », N. 185, N. S. V. XCIII, gennajo 1887. Sunto del dott. R. Paladini.

(2) Professore di Materia Medica e Terapeutica nell'Università del Maryland.

morbillo e viceversa. Molti autori applicavano il nome di rubeola ad ogni eruzione di carattere non bene definito fra il morbillo e la scarlattina, ed altri giunsero invece a non sostenere l'antica teoria dell'identità di questi due esantemi. Sommi clinici e dermatologi, quali Hebra, Wunderlich, Gelmo, Kostlein negarono l'esistenza specifica della rubeola e la sostennero invece Balfour, Emminghaus, Murchison, Fox, Bourneville, Trousseau, Lubanscki, Lewis Smith ed altri molti.

Definizione. — La rubeola (*rubeola notha*, *rubeola sine catarrho*, *roseola epidemica*, ted. *rötheln*) è un esantema specifico, contagioso, caratterizzato da un periodo d'incubazione che dura due o tre settimane, un periodo prodromico che dura uno, due, raramente più giorni, un altro eruttivo con eruzione affatto simile a quella del morbillo e un periodo di desquammazione poco rilevante. La malattia è accompagnata da tumefazione delle ghiandole cervicali, sottomascellari, auricolari, ed altre ancora, con dolore, ma non mai con esito di suppurazione. I sintomi catarrali mancano o sono appena accennati. La febbre manca nella metà circa dei casi e negli altri di raro supera il secondo giorno e tocca i 39°. Questa malattia può presentarsi tanto sporadicamente, quanto epidemicamente, ed è contagiosa, ma in minor grado del morbillo.

Un attacco conferisce l'immunità contro altri, ma non contro il morbillo, nè la scarlattina.

Eziologia. Contagiosità. — La rubeola non insorge mai spontaneamente, ma sempre per contagio. Thierfelder crede che questa sia più attivo durante la convalescenza, ma nulla v'ha di positivo.

Età e sesso. — Attacca i due sessi indifferentemente. I teneri bambini godono di una relativa immunità, tuttavia si videro colpiti bambini di pochi giorni e di pochi mesi. L'età più esposta sembra quella fra i due e i dieci anni, ma gli adulti non sono immuni e Seitz vide colpita una vecchia d'anni 73.

Relazione con altri esantemi febbrili. — La coincidenza delle comparse della rubeola colle epidemie di morbillo e di scarlattina, coincidenza da molti osservata, rimane ancora inesplicata, a meno che non si voglia ritenerla puramente accidentale. Tutti gli Autori riconoscono che la rubeola non conferisce veruna immunità contro il morbillo e la scarlattina.

Incubazione. — È per lo più maggiormente prolungata che negli altri esantemi e varia dai quattordici ai ventun giorni, talora è più breve e di raro oltrepassa questi limiti.

Invasione. Stadio prodromico. — Molte volte l'eruzione è il primo sintomo che richiama l'attenzione, in alcuni casi si osservano per uno, due o tre giorni alcuni sintomi prodromici, quali malessere, cefalea, dolori articolari, vertigini, debolezza, anoressia, di raro nausea, vomito, convulsioni, brividi. Sebbene di regola manchino i sintomi catarrali tuttavia può esservi iniezione congiuntivale, sternuti, ottura-

mento delle narici, tosse, raucedine, accessi di soffocamento, iperemia delle fauci, lingua impacciata, epistassi. Caratteristica frequente se non costante è l'adenopatia occipitale, auricolare, cervicale, sottomascellare, la quale pare precedere di parecchi giorni l'eruzione. La febbre manca in molti casi, non è mai elevata e può cessare prima ancora che abbia luogo l'eruzione.

Stadio dell'eruzione. — L'esentema appare dapprima alla fronte ed alle tempia ed in poche ore si estende a tutto il corpo; talvolta è preceduto da un arrossamento diffuso più o meno manifesto. Esso ha aspetto punteggiato come l'eruzione del morbillo, ma non ne assume mai il colore rosso cupo. Le macchie sono leggermente rilevate, impallidiscono momentaneamente se compresse, sono specialmente abbondanti alla faccia, al petto, alle natiche, alle braccia, alla superficie anteriore delle coscie, possono confluire e formare chiazze simulanti quelle della scarlattina, e Dusclap la vide altresì assumere l'aspetto petecchiale.

Già al secondo o terzo giorno l'eruzione impallidisce incominciando dove prima si era manifestata, cosicchè regolarmente in tre o quattro giorni compie il suo decorso, può tuttavia rimanere una certa tinta marmoreggiata della pelle per otto, dieci e fino quindici giorni.

La febbre, che di raro giunge a 39°,5, raggiunge il suo coma ora prima dell'eruzione, ora nel corso della stessa. Persistono i fenomeni catarrali specialmente alla faringe e l'iperemia congiuntivale, ma in grado molto meno marcato che nel morbillo. Lewis Smith vide tuttavia la faringite assumere carattere difterico, ma mite. Compita l'eruzione le ghiandole ingrossate e dolenti rapidamente scompaiono. Talora havvi albuminuria transitoria, eccezionalmente accompagnata da edemi. Di raro havvi desquammazione manifesta.

Complicazioni e conseguenze. — La bronchite, la pneumonite, la gastroenterite furono le complicazioni più sovente osservate, in alcuni casi con esito letale. Talora furono altresì rilevate congestione cerebrale, nefrite, otorrea, blefarite ciliare. Le rare recidive si verificarono non più tardi di una quindicina di giorni dalla prima insorgenza.

Anatomia patologica. — Secondo Thomas durante l'eruzione havvi iperemia del corpo papillare e degli strati superiori del corio cui talora si congiunge lieve infiammazione essudativa. Il principio specifico della rubeola è ignoto.

Prognosi. — Quasi sempre favorevole.

Diagnosi. — Presenta talora qualche difficoltà potendosi confondere la rubeola col morbillo. Gioverà nei casi dubbi il seguente quadro sinottico:

Rubeola	**Morbillo**
Contagiosità.	
Debole.	Notevole.
Incubazione.	
Da 14 a 21 giorni, sovente meno, di raro più.	Da 7 a 12 giorni.
Prodromi.	
Sovente mancano, per lo più durano uno o due giorni e di raro fino 4.	Per solito durano tre giorni, talora meno, di raro più.
Fenomeni catarrali.	
Non costanti, talora estesi alla congiuntiva ed alle vie aeree, ma sempre con caratteri miti.	Quasi costanti e d'intensità variabile in ragione inversa dell'abbondanza doll'esentema.
Sistema linfatico.	
Quasi costante l'adenopatia occipitale, auricolare, cervicale e sotto mascellare.	Le adenopatie sono rare.
Sistema circolatorio.	
Febbre mancante o mite, di raro dura oltre il terzo giorno, il suo acme non sempre corrisponde colla maggiore intensità dell'eruzione.	Febbre costante, sovente elevata, la sua maggiore intensità è per solito al sesto giorno e corrisponde col massimo grado dell' eruzione. La defervescenza completa succede solo al settimo od all'ottavo giorno.
Esantema.	
Appare nei primi tre giorni, di raro più tardi, sovente scompare in una regione del corpo, quando appare in un'altra, è di color rosso e di raro rosso cupo, per lo più è discreto, talora diffuso, raramente perdura oltre il terzo giorno.	Appare regolarmente al quarto giorno, rimane in piena efflorescenza fino al sesto giorno, ha generalmente colore rosso cupo a contorni irregolari.

Rubeola	Morbillo
Irritazione faringea.	
Esiste ma in grado lieve accompagnata da eruzione punteggiata o papulare sulla mucosa; tale eruzione può precedere la comparsa dell'esentema cutaneo.	È raro il mal di gola, tuttavia circa 24 ore prima che si dichiari l'esentema cutaneo appaiono sulla mucosa faringea papule e macchiette.
Complicazioni.	
Rare, generalmente si riferiscono all'apparato respiratorio.	Frequenti massime nell'apparato respiratorio.
Desquammazione.	
Poco manifesta.	Manifesta.

Il quadro complessivo dell'una e dell' altra malattia appare dunque abbastanza distinto, pure ogni sintomo tanto nell' una che nell' altra è suscettibile di molte variazioni e non havvi un carattere patognomonico costante, onde in certi casi particolari la diagnosi può presentarsi assai dubbia. Si terrà allora conto della natura dell'epidemia dominante, del contagio cui l' ammalato sarà stato esposto e delle malattie esantematiche già da lui sofferte, sebbene sia accertato che il morbillo può essere contratto due ed anche tre volte talora col solo intervallo di poche settimane.

Non presenta difficoltà la distinzione della rubeola dalla scarlattina, poichè in quest'ultima il mal di gola è più intenso, l' incubazione più breve, la lingua presenta carattere proprio, la desquammazione cutanea si fa abbondantemente ed a lembi. L'attento esame dell'ammalato e la cognizione dell'anamnesi varranno poi sempre a distinguere la rubeola dalla roseola tifica o sifilitica o prodotta dall' ingestione di medicamenti quali il balsamo copaive.

Cura. — Finchè non si hanno complicazioni la cura sarà limitata all' isolamento dell' ammalato ed alla sua protezione dai raffreddamenti.

Conclusione. — La rubeola è un esantema specifico, contagioso, i cui caratteri si rassomigliano a quelli del morbillo, ma permettono tuttavia di fare la diagnosi differenziale, quando questo non domini epidemicamente. L'Autore alla denominazione di *rubeola* preferisce quella di *rubella*, perchè la prima fu da Autori inglesi adoperata per designare il morbillo.

Jahrb. f. Kinderheilk. 1870-71. N. F. 4, pag. 47. — 1858, 1, 152 — 1882, XIX.
Gerardt's Handb. f. Kinderkr. 177. 2. pag. 336.
Zeitsch. f. Klin. Med. 1885. 10, 1.
Edinb. Med. Journ. 1857. pag. 718. 1866. Nov.
Greifswald Med. Beitr. 1864. II.
Wiener Med. Presse. 1868. 13.
Lancet, 1864, 566. — 1870, 595. — 1874, 560. — 1883, 994.
Journ. f. Kinderkr. 1869, 53.
Le Progr. Med. XII, 578.
Union Méd. 1884, 7.
Boston Med. and. Surg. Journ, 1873.
Trans. Intern. Med. Congr. Londra, 1881.
Arch. of Dermatology, 1869, 237.
Med. Times, Londra, 1862, 360.
Am. Journ. of the Med. Sc. 1884, ottobre.
Jahrb. f. Paedietr. N. F. IV, 2, 124.
Chicago Med. Journ. and Exam. 1881, XIII, 130.
Trans. Med. Soc. Alabama, 1881.
Aerztl. Intelligenz. Blett. 1879, X, 101.
Deutsch. Arch. f. klin. Med. 14, 539.
Trans. Am. Med. Assoc. 1881.
Ziemssen's Cyclop. II, 137. — *Dorpat med. Zeitsch.* 1873.

II. Stewart Grainger (1). — **On some forms of albuminuria not dangerous to life.** (*Di alcune forme di albuminuria non pericolose alla vita*); pag. 34.

L'albuminuria fu rilevata per la prima volta da Cotugno, circa un secolo fa, e i suoi rapporti colla nefrite furono determinati da Bright or sono circa cinquant'anni. Per lungo tempo essa fu considerata come un sintomo gravissimo, ma recentemente si accertò che può trovarsi albumina abbondante e per lungo tempo nelle orine anche di persone sane, o per lo meno non affette da importanti lesioni organiche. Per non estendere troppo l'argomento, l'Autore tralascia di trattare delle albuminurie accidentali dovute a commistione dell'orina con sangue, pus, sperma, od umore prostatico, di quelle che si accompagnano a processi infettivi e ad elevata temperatura, come nella pneumonite, nella risipola, nella difterite, nelle febbri specifiche, di quelle che si osservano in alcuni disordini nervosi, quali il gozzo esoftalmico, l'epilessia, l'apoplessia, di quelle sperimentali ottenute, come fu indicato da Bernard, colla puntura del pavimento del quarto ventricolo, di quelle conseguenti ai bagni di mare, come fu dimostrato da G. Johnson,

(1) Professore di clinica medica nell'Università di Edimburgo.

e di quelle provenienti da vizio cardiaco od otturamento vascolare e si limita a studiarne quattro gruppi, che egli classifica come albuminurie perossistiche, albuminurie dietetiche, albuminurie da esercizio muscolare ed albuminurie persistenti semplici, riferendo casi clinici caratteristici. Molti anni sono, Christison osservava che certi alimenti producono temporanea albuminuria; Jaccoud (1), notava che può esservi un'albuminuria persistente, senza malattia renale e compatibile con uno stato regolare di buona salute. Maxon (2), determinò l'esistenza di un'albuminuria remittente, che manca od è leggerissima alla mattina per tempo e si manifesta o si aggrava dopo l'asciolvere, e di un'albuminuria intermittente degli adolescenti che si mostrano svogliati, languidi, anemici, quantunque in essi non si rilevi altra condizione morbosa che un affievolimento generale. Anche in essi l'albumina manca sovente nelle orine alla mattina e si mostra dopo l'asciolvere. L'Autore osservò tale forma di albuminuria in diciannove giovani, fra i quali eranvi due coppie di fratelli; ed uno aveva un fratello, nelle cui orine notavasi un persistente e considerevole eccesso di urea.

Moorley Rooke (3), segnalò la circostanza che il riposo in posizione orizzontale diminuisce l'albuminuria, mentre Yeo (4) avvertì che l'accrescono gli esercizj muscolari. Dukes (5) dimostrò come in tali casi circostanze di nessun conto, come un cangiamento di dieta, uno sbalzo di temperatura, un'emozione possono provocare un aumento dell'albumina nell'orina.

Pavy (6) inventò la denominazione di albuminuria ciclica; asserì e comprovò che può durare mesi ed anni senza detrimento della salute, scoprì come possa in tali casi l'orina contenere qualche volta zucchero e sovente ossalato di calce, ed accennò come la variazione diurna della quantità dell'albumina contenuta nell'orina possa assimilarsi alle oscillazioni fisiologiche della temperatura nelle varie ore del giorno.

Maguire (7) distinse tre classi di albuminuria funzionale o ciclica, quella accompagnata da languore generale, poca tensione del polso e non da deposito di acido urico; quella con alta tensione del polso, dispepsia ed abbondante deposito di acido urico e quella con presenza di anormale albumina.

Altri Autori ancora si occuparono dell'argomento, quali Mahomed,

---

(1) « Nouv. Dict. de Méd. », I, 1864, Parigi.
(2) « Guy's Horp. Rep. 1878, vol XXIII, 3.ª S.
(3) « British Med. Journ. », 1878, II, 596.
(4) Ibid., p. 627.
(5) « British Med. Journ. », 23 ottobre 1885, p. 789.
(6) « Lancet », 5 e 12 giugno 188?, p. 1062 e 1106.
(7) Ibidem.

Laube, Quein e Semmola (1), Fürbringer (2), Runeberg, Saundby, Johnson (3) e Randell (4).

L'Autore dà un cenno delle quattro varietà di albuminuria non pericolosa da lui ammessa.

Albuminuria parossistica. Viene rappresentata dal seguente caso clinico. Una giovane, accolta nell'Ospitale, presentava febbre moderata, catarro gastrico, orina scarsa, colorata, albuminosa con numerosi tubuli epiteliali, granulari e jalini ed alcuni cristalli di ossalato di calce, edema moderato del volto, il giorno seguente l'ammalata era migliorata e in breve guariva del tutto.

Questa forma di albuminuria si può mettere in relazione coll'ematinuria od emoglobinuria perossistica, che molti Autori fanno dipendere da sconcerto delle funzioni epatiche. Questa malattia infatti ricorre ad accessi e nell'intervallo tra l'uno e l'altro l'ammalato gode perfetto benessere. L'accesso incomincia con brivido più o meno marcato, senso di molestia nella regione epatica ed al dorso, appare quindi l'orina intensamente colorata per la presenza di pigmento sanguigno e talvolta anche di globuli sanguigni, i quali tosto si decompongono. Avvi dunque in questa malattia un processo di emolisi ossia di dissoluzione del sangue, ma temporaneo, talchè talvolta una sola emissione di orina vale a scaricare tutta l'emoglobina risultante dalla scomposizione globulea di un accesso.

Un caso narrato da Rosenbach (5), dimostra i rapporti di analogia esistenti fra l'albuminuria e l'emoglobinuria parossistica. Un ragazzino di sette anni, in conseguenza di caduta da una carrozza di ferrovia, divenne soggetto ad emoglobinuria parossistica, ed in principio d'ogni accesso presentava orina carica di albumina. Questa circostanza probabilmente non sarà rara, ma può facilmente passare inosservata, e sarà probabilmente devoluta ad un'azione irritante del sangue sui reni.

Il freddo, l'umido, gli errori dietetici, l'alcoolismo sono atti a produrre tanto l'emoglobinuria quanto l'albuminuria parossistica.

L'albuminuria subitanea e considerevole con numerosi cilindri albuminosi, seguita da pronto benessere e ricorrente ad intervalli con o senza causa percettibile, costituisce il carattere distintivo di questa forma clinica.

La presenza di numerosi cilindri e cellule epiteliali indica in questi casi la presenza di una lesione renale, potrà pure esistere un aumento

(1) « Lancet », 1878, I, 501, — 18 gennajo 1879, p. 77 e p. 86 — 1881, I, p. 468.

(2) « London Medical Record », 1880, p. 449.

(3) « British Medical Journal », 10 maggio 1879, p. 699 — 13 dicembre 1879, p. 928 — 5 giugno 1880, p. 841.

(4) « Thèse de Paris », 1882.

(5) « London Med. Rec. », 1880, p. 450.

della pressione sanguigna, ma solo come elemento secondario, ed è poi probabilissimo, sebbene non perentoriamente dimostrato, che vi siano cangiamenti tali nella crasi sanguigna da irritare i reni, come succede nell'itterizia e nell'ossaluria.

Siccome la guarigione succede per lo più presto ed anche colle sole forze naturali, l'Autore si limita nella cura alla somministrazione di piccole dosi di cloruro d'ammonio, badando di evitare ogni soverchio stimolo ai reni.

Albuminuria dietetica. — Alcuni cibi in certe persone determinano un'albuminuria transitoria; tale azione hanno per molti le uova, il cacio, i dolci. In altre persone lo stesso effetto è dato dalla sola introduzione nello stomaco del cibo, qualunque ne sia la qualità. Un giovane medico, soggetto ad eccitabilità nervosa ed a dispepsia ed a disturbi epatici, presentava albuminuria immediatamente dopo il pasto, ma solo alla mattina e nel corso del giorno, non mai alla sera e soltanto nella stagione estiva. La qualità delle vivande non modificava il fenomeno in modo sensibile, gli esercizj corporali e le fatiche mentali accrescevano la quantità dell'albumina nell'orina. In essa non si trovavano cilindretti, nè cristalli di ossalato di calce. Talora essa era intensamente colorata, ma non mai sanguinolenta, depositava talora urati, ma non acido urico. Il giovane non soffriva dolori dorsali, ma aveva intermittenze del polso e marcato ingrossamento delle pareti delle arterie radiali. L'albumina fu constatata nelle sue orine d'estate per quattro anni consecutivi (1881-84), poi cessò di comparire (1885). La cura arsenicale, quella ferruginosa semplice, quella colle doccie fredde speciali non produssero notevole beneficio, invece riuscì utile il cloruro d'ammonio congiunto al ferro. Le applicazioni fredde ed i bagni a vapore si dimostrarono piuttosto svantaggiosi, e così pure le applicazioni di senapismi e le unzioni coll'olio di crotontiglio ai lombi.

Il fatto che in questo caso l'albumina compariva nelle orine subito dopo i pasti della mattina e del mezzogiorno, prima ancora che potesse credersi incominciato l'assorbimento, dà a credere che si trattasse, più che d'altro, di un'azione nervosa riflessa dallo stomaco sui vasi renali, senza che si possa negare la possibilità di una temporanea alterazione del siero sanguigno, mentre il decorso della malattia, la mancanza dei cilindri epiteliali nell'orina e l'intermittenza dell'albuminuria valgono ad escludere, secondo ogni probabilità, qualunque lesione renale. Essendo però accertato che la presenza de'sali nell'acqua e specialmente del cloruro di sodio, del nitro, del cloruro di calce ed anche dell'urea, affretta il passaggio del liquido attraverso ad un filtro, come fu dimostrato da Hoppe-Seyler (1), si capisce come essendo dopo un pasto prontamente assorbita la sostanza salina, si possa avere così repentinamente l'albuminuria dopo aver mangiato.

---

(1) « New Sydenham Transact », 1884, p. 97.

In genere le dispepsie ostinate non accompagnate da manifesta alterazione organica dello stomaco, del duodeno, del fegato, del pancreas, degli intestini devono richiamare l'attenzione sulla funzione renale. Nella cura oltre l'osservanza rigorosa delle regole igieniche, gioveranno il cloruro d'ammonio e gli arsenicali.

Albuminuria consecutiva ad esercizio muscolare. — Una ragazza di tredici anni, la quale da alcuni mesi aveva superato la difterite, presentava l'albuminuria solo di giorno, quando era alzata e non al mattino al primo alzarsi. Col restare in letto anche di giorno la quantità dell'albumina scendeva a tenui traccie e non si accresceva anche se la ragazza veniva invitata ad agitare per qualche poco le gambe e le braccia, se veniva assoggettata a strofinamenti, o ad un bagno caldo. I cangiamenti nel regime dietetico non produssero notevoli effetti e quindi la circostanza più influente nel determinare in questo caso l'albuminuria appare il passaggio dalla posizione orizzontale a quella eretta.

Considerando che l'albuminuria non è costante, che la quantità giornaliera dell'orina e dell'urea è normale, che non si riscontrano quasi mai cilindri epiteliali, nè altri sintomi di nefrite cronica, l'Autore è convinto che in quella ragazza non siavi nessuna grave lesione renale.

Sintomi affatto simili presentava un signore, gran viaggiatore a piedi ed a cavallo, nel quale l'albuminuria era per la prima volta comparsa dopo un rapidissimo viaggio attraverso l'Asia Minore.

Recentemente fu studiato il significato della prevalenza nell'urina dell'una o dell'altra delle varietà di albumina che si conoscono. Maguire (1), dietro proprie investigazioni, ritiene che la prevalenza della paraglobulina sull'albumina del siero è indizio di mitezza della malattia. In tre casi di albuminuria ciclica eravi quasi soltanto paraglobulina. In un caso di anemia con albuminuria, dovuta probabilmente a degenerazione grassa dei reni, la paraglobulina era in quantità maggiore della serina o albumina del siero, mentre nei casi di vero morbo di Bright si ha un rapporto inverso. Tuttavia nella ragazza sopramentovata, nella quale l'albuminuria era per certo semplicemente funzionale, la serina prevaleva sulla paraglobulina; onde l'Autore non crede di poter accettare le conclusioni di Maguire in modo assoluto.

Nelle albuminurie cicliche, Pavy notò che qualche volta non avvi l'ordinaria albumina, o serina, ma albumina alcalina; l'Autore invece trovò sovente l'albumina acida, che meno facilmente coagula al calore. Generalmente nei casi di albuminuria funzionale non furono riscon-

---

(1) « Lancet » 5 e 12 giugno 1886, pp. 1062 e 1103. V. anche le belle lezioni di Jaccoud, pubblicate nel « Journal de Médecine et de Chirurgie » e riassunte nella « Gazzetta Medica Italiana », 19 marzo 1887.

trati, anche se ricercati, peptoni; solo Olivier (1) di Harrogate fece menzione di un caso di albuminuria intermittente alternante colla peptonuria.

Negli ammalati osservati dall'Autore non eravi notabile edema, ma il volto era pallido e tumido, la qual condizione pare da attribuirsi in parte ad una anormale condizione generale delle pareti vasali, in parte all'anemia, che sovente accompagna l'albuminuria. La presenza dello zucchero, che fu talvolta accertata, è da attribuirsi verosimilmente a quella medesima alterazione del metabolismo, alla quale è dovuto il passaggio dell'albumina nelle orine. Sovente avvi sovrabbondanza di fosfati sia contemporaneamente alla presenza dell'albumina, sia alternativamente colla stessa. Talora avvi pure la presenza di notevole quantità di urati e di acido urico e quasi sempre di ossalati. L'ossaluria anzi per l'irritazione che determina nei canaletti oriniferi, sovente costituisce il primo passo verso l'albuminuria. Fu pure molte volte trovato un eccesso di sali biliari, la cui quantità, secondo Stevens, può variare nelle diverse ore del giorno a seconda del diminuire o dell'aumentare della proporzione di albumina. Tuttavia nel caso della ragazza, che fu tenuta a letto per 36 ore e nella quale quindi l'albumina delle orine si ridusse a semplici traccie, i sali biliari continuarono a presentare le consuete variazioni quantitative. Del resto Olivier (2) dimostrò che la secrezione stessa della bile, anche nello stato di salute, presenta varie oscillazioni nel corso della giornata, essendo più abbondante nelle ore di digiuno, e più scarse subito dopo i pasti e durante il tempo della digestione. Negli ammalati di albuminuria tuttavia le modificazioni della quantità di sali biliari presenti nell'orina non seguono questo ordine, poichè aumentano dopo il pasto coll'accrescersi della proporzione dell'albumina (3).

È importante di conoscere i metodi per la ricerca dei sali biliari nelle orine.

Fino a poco tempo fa si seguiva il metodo di Pettenkofer, basato sull'uso dello zucchero e dell'acido solforico, il qual metodo ha l'inconveniente di richiedere che previamente vengano estratti dall'orina i sali da ricercarsi. Olivier immaginò un altro metodo, fondato sulla proprietà dei sali biliari di precipitare l'albumina o i peptoni sciolti in liquidi convenientemente acidulati; egli quindi propose di servirsi di una soluzione titolata od acidulata di peptoni, la quale però è difficile a prepararsi e viene a riuscire costosa se occorre di usarla con certa frequenza. Stevens ideò un metodo analogo, ma più pratico. Egli mette l'orina da esaminarsi in un bicchiere conico, e se essa già non

(1) « Lancet », 1885, I.
(2) « Bedside Urine Testing », III ediz., p. 225.
(3) « Lancet ». 13 giugno 1885, p. 1078.

è albuminosa vi aggiunge un poco di albumina, indi vi versa alcune goccie di acido nitrico, facendole scorrere lungo le pareti del vaso, allora l'albumina precipita dividendosi in due strati, di cui il superiore contiene i sali biliari e dall'altezza dello strato superiore si potrà approssimativamente dedurre le loro quantità, al qual scopo si può fare il paragone con altre orine contenenti sali biliari in proporzione già nota e conservata mediante l'aggiunta di alcune goccie di acido fenico. Con un poco di pratica e di attenzione si distinguono facilmente i precipitati dati dall'albumina e dai sali biliari abbondanti, da quelli molto meno manifesti che si possono avere anche nelle orine quasi normali per l'azione dell'acido nitrico sulla mucina e sulla dose fisiologica dei sali biliari, nonchè da quelli che possono essere prodotti dagli urati, i quali, come è noto, si ridisciolgono a caldo.

Circostanze importanti e che tolgono il carattere di gravità all'albuminuria, sono la normale proporzione dell'urea e l'assenza dei cilindretti renali.

Le spiegazioni che si possono dare di queste forme di albuminurie sono varie. Si possono ammettere alterazioni molecolari delle cellule dei glomeruli malpighiani dipendenti da congenite particolarità di struttura, ma nessun dato positivo appoggia questa supposizione. Si può invece ritenere che si verifichino cangiamenti chimici nel siero del sangue, dei quali possono pure essere effetti la glicosuria, la fosfaturia e l'ossaluria. Ovvero finalmente si può accettare l'ipotesi, alla quale si accosta l'Autore, che si tratti semplicemente di alterazioni vaso-motorie, queste infatti possono determinarsi sotto l'azione di svariate cause, quali i mutamenti di regime dietetico, la digestione, le fatiche muscolari e mentali, possono rapidamente svanire e con egual celerità riprodursi e mentre nel rene producendo aumento della pressione sanguigna, possono dar luogo all'albuminuria, nel fegato possono determinare altri sconcerti funzionali, con conseguente glicosuria e sovrabbondanza di sali biliari nell'orina.

La cura dell'albuminuria proveniente dalle fatiche muscolari richiede il riposo ed un regime dietetico appropriato a ciascun caso ed inoltre sarà da tentare l'azione dei medicamenti, i quali hanno effetti speciali sulle fibre muscolari dei vasi, quali sono la segale cornuta e la belladonna.

Albuminuria persistente semplice. — È rara e difficile a distinguersi da quella sintomatica di lesioni renali. L'Autore potè riscontrarla in uno studente di medicina ed in un altro signore, e notò che essa può persistere per anni senza detrimento della salute, senza comparsa di cilindretti nell'orina, senza diminuzione della quantità di urea eliminata, senza notevoli modificazioni nella quantità dell'albumina dipendentemente dai cangiamenti del regime dietetico e delle abitudini di vita più o meno attiva o sedentaria, avendosi solo una lieve, ma costante diminuzione nella notte e nelle prime ore del mattino, ed infine senza aumento della tensione vascolare e senza ipertrofia cardiaca.

Questa albuminuria semplice però, come anche quella parossistica, talora rappresenta il primo esordire, sebbene lontanissimo, della malattia di Bright, mentre nell'albuminuria dietetica e in quella dipendente da esercizio muscolare il pronostico può essere più francamente favorevole.

Non si deve dimenticare tuttavia, per non errare nella diagnosi, che anche nella vera cirrosi renale l'albuminuria non è sempre continua e costante, potendo in certi casi presentarsi soltanto in seguito ad eccessi alcoolici, a raffreddamenti od a fatiche, oppure solo di giorno e di sera e non di notte e di mattina, onde converrà sempre tenere accurato calcolo della presenza o della mancanza di alterazioni visive, di cilindretti renali nell'orina, di ipertrofia cardiaca, di aumentata tensione vascolare e di edemi (1).

III. PRUDDEN MITCHELL. — **An experimental study of mycotie or malignant ulcerative endocarditis, from the laboratory of the Alumni Association of the College of physicians and surgeons New York.** (*Studio sperimentale sull' endocardite ulcerativa micotica o maligna, eseguito nel laboratorio dell' Associazione degli alunni del collegio medico-chirurgico di Nuova York*); p. 55.

Le alterazioni infiammatorie dell'endocardio si possono classificare sotto le due denominazioni di endocardite semplice e di *endocardite ulcerativa, maligna, micotica* a seconda che il sintoma prevalente è la neoformazione di tessuto connettivo, specialmente nelle valvole, oppure un processo di necrosi e di esulcerazione dovuto alla presenza di batteri.

La prima forma può offrire parecchie varietà, così l'endocardio può essere uniformemente tumefatto od ingrossato e indurito per diffusa sclerosi, ovvero può presentare ingrossamenti irregolari e vegetazioni polipoidi di varia consistenza, secondo che sono più o meno recenti e suscettibili di esulcerarsi, di calcificarsi, di ricoprirsi di coaguli, che possono poi dar luogo ad emboli ed infarti.

Nella seconda forma si possono avere varj gradi di reazione locale attorno alla sede del processo necrotico con accumulo di leucociti, che sovente formano emboli infettivi. L'endocardite semplice e quella infettiva possono presentare talora molti punti di rassomiglianza e specialmente quando l'endocardio è coperto di coaguli l'aspetto macroscopico appare eguale nell'un caso e nell'altro, tanto più che anche nella forma semplice si possono avere processi ulcerativi e necrobiotici, ma la mancanza di batteri servirà di carattere distintivo. Si danno altresì forme miste per l'insorgenza di un'endocardite ulcera-

(1) « British Med. Journ. », 30 nov. 1878, p. 794 — 13 dic. 1879, p. 928 — 1881, vol. II, p. 776.

tiva nel corso di un'endocardite cronica, oppure per lo sviluppo di proliferazioni del tessuto connettivo in seguito ad endocardite infettiva.

La distinzione di una forma semplice e di una settica, di endocardite tifoide associata frequentemente a lesione di altri visceri discosti, fu ammessa già da tempo, e Virchow dimostrò l'importanza dei trombi e degli emboli nella produzione delle complicazioni. Presto anche furono osservate delle masse di corpuscoli tanto nell'endocardio, quanto in altri organi e si avanzò l'ipotesi che si trattasse di organismi parassiti.

Nel 1872, Hjalmar Heiberg trovò i microbi in un caso di endocardite ulcerativa, insorta nel corso di una febbre puerperale, e Virchow confermò l'osservazione. Nel medesimo anno Heber li trovò nell'endocardite piemica, e molti altri osservatori ebbero pure a scorgerli in casi consimili. Klebs emise l'opinione che anche l'endocardite semplice fosse dovuta ai bacteri, di specie differente però da quelli della forma infettiva, e parecchi Autori lo appoggiarono, ma Hiller tentò confutarlo, ed Hamburg dichiarò che solo in quattro casi di endocardite acuta, su quattordici esaminati, ebbe a trovare dei cocchi, dei quali quattro casi, tre si riferiscono ad ammalate di piemia o di febbre puerperale.

Winge pel primo espose la teoria che l'endocardite fosse prodotta dalla fissazione sulle valvole cardiache di microbi trasportati per le vene e penetrati per mezzo di ferite esterne. Overbeck, nel 1881 esaminò cinque casi di endocardite ulcerativa con emorragie, e trovò in quattro i micrococchi, e al tempo stesso numerosi ascessi interni. In tutti e cinque i casi eranvi lesioni per endocardite d'antica data. Bramwell istituì osservazioni in undici casi di endocardite, ed in tutti constatò i micrococchi.

L'Autore ebbe ad eseguire osservazioni in venti casi, dei quali sette erano di endocardite semplice cronica verrucosa, e tredici di endocardite ulcerativa acuta. Egli dapprima colorava i preparati semplicemente colla fucsina e li scolorava coll'alcool, poi seguì il metodo di Gram. I risultati dei suoi esami furono i seguenti:

Endocardite vegetativa cronica; sette casi, non si rinvennero batteri.

Endocardite ulcerativa acuta; tredici casi, quattro con ulcerazioni e trombosi poco estese, e i rimanenti in condizioni opposte. In cinque abbondavano i sferobatteri, in otto mancavano. Furono tentate quattro volte le colture artificiali, ma una volta sola si ebbe esito positivo e i casi negativi corrisposero ad esami morfologici pure negativi. I batteri, quando furono riscontrati, presentarono sempre la medesima forma sferoidale. Le esulcerazioni ed i trombi avevano un'eguale estensione, tanto nei casi nei quali si trovarono i batteri, quanto in quelli nei quali mancarono.

Gli otto casi nei quali non si trovarono batteri, si prestavano alle seguenti suddivisioni: sette presentavano ingrossamento antico delle

valvole cardiache sinistre, in quattro casi le esulcerazioni erano soltanto sulla valvola mitrale e negli altri quattro su quelle aortiche, in due casi eravi infarto splenico semplice, ed in tre ingrossamento e rammollimento della milza; in tre casi eravi stato antecedentemente il reumatismo articolare acuto, in un caso eravi meningite purulenta con bronchite diffusa ed in un altro pneumonite lobare acuta.

Dei cinque casi nei quali non si riscontrarono batteri, quattro presentavano antico ingrossamento dell'endocardio. Le lesioni valvolari in due casi erano limitate alla mitrale, in uno alle valvole aortiche, in uno alla tricuspidale e nell'ultimo erano estese tanto alla mitrale, quanto alla tricuspidale. In tutti cinque i casi la milza era ingrossata e rammollita, e in quattro presentava inoltre infarti antichi e recenti. In due casi non eravi altro precedente morboso, tranne quello dell'endocardite, in uno eravi reumatismo articolare acuto e negli altri due piemia da traumi, accompagnata nell'uno da osteomielite maligna, periostite, pericardite purulenta, trombosi dell'arteria polmonale, e nell'altro da ascessi molteplici nel cervello, nei reni e nel miocardio e da infarti nel fegato e nella milza.

La sintomatologia ed il decorso clinico fu pressochè eguale tanto negli ammalati, nei quali si riscontrarono i batteri, quanto in quelli nei quali non si scoprirono.

Per lo più nell'endocardite furono rilevati dagli osservatori microbi sferici; solo eccezionalmente furono veduti bacilli varj, ed in tre ammalati quelli della tubercolosi, essendovi contemporaneamente lesioni polmonari, ciò che fu pure osservato da altri. Contro tutte queste osservazioni però si può muovere una grave obbiezione, e si è che non è possibile di escludere perentoriamente il dubbio che i bacilli veduti, anzichè essere la causa della malattia, non ne fossero se non una concomitanza, oppure non rappresentassero che l'indizio dell'incipiente decomposizione cadaverica. Per definire la questione si tentarono le inoculazioni ipodermiche da Winge nel 1870, e quelle intravenose e peritoneali da Heiberg nel 1872, ma senza positivi risultati. Ebert, Birch-Hirschfeld ed Osler, mediante diretta inoculazione nel globo oculare, provocarono panoftalmia e cheratite nei conigli. Grancher tentò la coltivazione pura dei batteri dell'endocardite, ma con poco successo, poichè essi non presentavano caratteri distintivi abbastanza marcati e perivano prima che si potesse istituire la prova delle inoculazioni. Perret e Rodet riferirono di avere determinata la produzione di vegetazioni endocardiche nel rene coll'inoculazione di frammenti delle medesime tolte da un ammalato, oppure di liquidi di coltura del bacillo specifico, ma l'esperimento non ha molto valore, poichè nei cani l'endocardite può insorgere anche spontaneamente.

Di recente, Have e Bramwell tentarono le inoculazioni con colture eseguite su sostanze solide, ma non giunsero a conclusioni ben definite; ma Wyssokowitsch, sotto la direzione di Orth, ottenne risultati positivi.

Egli prese a base delle sue ricerche il fatto accertato da Rosenbach nel 1878, che una lesione traumatica prodotta su di una valvola cardiaca di un coniglio per mezzo di una sonda introdotta attraverso la carotide, non è seguita da reazione infiammatoria, ma tutt'al più da leggiera trombosi. Questo fatto è in opposizione colle vecchie idee sulla sensibilità dell'endocardio, per la quale un tempo si credette che nelle piemie i brividi fossero determinati dall'azione irritante del pus entrato nel cuore sull'endocardio. Seguendo simili opinioni, Bichat raccomandava nei casi di asfissia di eccitare il cuore, introducendo fino ad esso una siringa lungo una vena giugulare, ciò che fu effettivamente eseguito da Dieffenbach in caso di collasso per colera asiatico, ma senza buon successo. Virchow infatti trovò che l'endocardio era del tutto insensibile agli stimoli cagionati da siringhe di vetro o dal ghiaccio.

Wyssokowitsch, dopo aver leso le valvole cardiache di sette conigli secondo il metodo di Rosenbach, introdusse una porzione di liquido di coltura dello *strepticocco piogenico* nelle vene delle loro orecchie e li vide perire tutti nello spazio da uno ad undici giorni, generalmente in ragione diretta della quantità di materia infetta inoculata. In cinque degli animali operati si trovarono all'autopsia vegetazioni endocardiche più o meno sviluppate, non sempre però precisamente in corrispondenza del punto artificialmente offeso, ma talora anche alquanto discoste da esso. Tali vegetazioni si componevano di fibrina, corpuscoli sanguigni rossi e numerosi sfero-batteri, simili a quelli injettati. Inoltre si riscontrarono aree necrotiche tanto più estese, quanto maggiore era l'infiltrazione dei batteri, e in alcuni casi pericardite ed ascessi cardiaci, metastasi nei reni, nella milza e nei ginocchi. In due casi l'inoculazione non ebbe successo.

In altri tre conigli, Wyssokowitsch operò similmente, ma injettò colture pure dello stafilococco piogeno aureo, che è frequentemente associato allo streptococco. Due volte adoperò colture concentrate, e i conigli morirono nello spazio di due giorni con lesioni simili a quelle prodotte dallo streptococco, ad eccezione che i batteri erano meno abbondanti ed in loro vicinanza i processi suppurativi erano più marcati. Una volta impiegò una emulsione diluita di batteri e il coniglio morì trentotto giorni dopo l'operazione senza lesioni valvolari, sebbene presentasse ancora le traccie dell'offesa artificialmente recata all'endocardio. Un altro coniglio fu operato col cocco settico di Nicolaier, e morì al quarto giorno coi medesimi sintomi suaccennati. In esso il processo infiammatorio si era esteso all'orecchietta sinistra per *continuitatem*. Due conigli inoculati col *micrococco tetragono* ed altri due col *bacillo pneumonitico* non risentirono verun effetto. Risultati positivi e simili a quelli già menzionati si ebbero dalle inoculazioni di una coltura di stafilococco piogeno aureo ottenute da un caso di endocardite ulcerativa maligna con ascessi metastatici.

Poco dopo Wyssokowitsch, Weichselbaum esaminò i cadaveri di tre

giovani morti per endocardite ulcerativa acuta, in due casi concomitante a reumatismo articolare acuto, ed in uno lesioni vascolari di antica data. Da uno di questi casi e precisamente dal liquido pericardico, dalle vegetazioni dell'endocardio, dalla milza e dall'orina egli ricavò una mistura di stafilococco piogenico aureo e bianco e di streptococco piogenico, dal secondo caso ottenne solo lo streptococco piogenico e dal terzo soltanto lo stafilococco piogenico aureo. Dal cadavere di una quarta giovane morta per endocardite acuta vegetativa reumatica si ebbe colle colture soltanto lo streptococco piogenico. Gli esperimenti sugli animali riuscirono analoghi a quelli di Wyssokowitsch.

Ribbert studiò lo stesso argomento, modificando però il metodo, poichè tralasciò di ledere meccanicamente l'endocardio, e si limitò ad introdurre direttamente nelle vene dei conigli ammassi di stafilococco piogenico aureo coltivato sulle patate, e potè determinare in tal modo ascessi cardiaci ed aree di necrosi nel miocardio, nonchè vegetazioni sull'endocardio e specialmente sulle valvole mitrale e tricuspidale prevalentemente presso l'inserzione delle corde tendinee. All'esame microscopico egli potè distinguere i varj stadj dell'infezione, la fissazione dei batteri e talora anche di piccole particelle di patate sull'endocardio e la loro penetrazione negli strati più profondi con produzione di necrosi e trombi.

L'Autore eseguì pure alcune esperienze, valendosi del materiale ricavato da un caso di endocardite, dal quale ecco un cenno succinto:

Caso clinico. — M. C. nell'infanzia soffrì convulsioni e la scarlattina, a quattordici anni, nel giorno 26 febbrajo 1886 fu operato di osteotomia cuneiforme per correggere un piede torto, il 6 marzo fu preso da risipola, delirio, stiramenti muscolari dal lato sinistro e morì al 10 marzo.

All'autopsia si trovarono emorragie superficiali sulle circolazioni cerebrali sotto la pia madre, vegetazioni endocardiche più o meno aderenti, grandi e piccole, bianche e rosse, ricoperte di coaguli sulle valvole mitrale e tricuspidale, una piccola erosione coperta da una pellicola fibrinosa su di un muscolo papillare del ventricolo sinistro, molte piccole petecchie sotto l'endotelio del ventricolo stesso ed un piccolo ascesso, milza molle ed ingrossata, con un'area grigiastra del diametro di circa un centimetro, reni alquanto ipertrofici sparsi di macchie giallognole circondate di un'area rossiccia, corteccia renale alquanto maggiore del normale, piccole aree biancastre di rammollimento nel fegato.

Al microscopio si trovarono nelle porzioni superficiali delle vegetazioni endocardiche molte cellule sferiche, fusiformi e stellate e fra di esse numerosi batteri agglomerati ed isolati, facili a colorarsi sia col metodo di Gram, sia colla sola fucsina, misti a materia granulare, a leucociti, a fibrina, a corpuscoli rossi. Eranvi inoltre zone necrotiche,

nelle quali i nuclei rimanevano scolorati e la sostanza fondamentale appariva mista o trasparente e finamente granulare. Attorno a tali zone per lo più notavansi leucociti accumulati in quantità variabile.

Le lesioni degli altri organi erano quelle degli ascessi ed infarti piemici. I vasi renali, specialmente i più piccoli, erano ingombri di masse di batteri, senza traccie di reazione circostante, oppure con un'area di vasi sanguigni dilatati oppure di leucociti accumulati. Il fegato e la milza presentavano gli effetti consueti dell'embolismo infettivo. I piccoli vasi cerebrali erano pure ingombri di batteri, con emorragie circoscritte, zone di vasi dilatati, focolaj di rammollimento, di infiltrazione purulenta. Alcuni frammenti di reni conservati per uno, due o tre giorni in recipienti disinfettati mostravano un'immensa moltiplicazione e diffusione dei batteri patogenici.

Particelle minute dei reni e delle vegetazioni endocardiche poste con tutte le ordinarie cautele antisettiche nella gelatina peptonizzata alla temperatura ordinaria del laboratorio, diedero origine alla fine della seconda giornata a numerose colonie di batteri, visibili ad occhio nudo, di color bruniccio, e dotati della proprietà di liquefare la gelatina, nonchè di moltiplicarsi nell'agar-agar e nel siero sanguigno. Sulla gelatina esse formavano una pellicola, che prima era biancastra, poi si faceva gialliccia e cadeva al fondo. Mano mano che procedeva il processo di moltiplicazione dei batteri tutta la massa di gelatina andava assumendo un colore oscuro. L'agar non veniva liquefatto, anche in esso le colonie di batteri assumevano un colore dapprima biancastro, poi giallognolo; e così pure sul siero si formava una pellicola giallastra, come anche sulle patate, ma più lentamente.

A sei conigli furono inoculati per via ipodermica circa due millimetri cubici di coltura di batteri nell'agar per ciascuno, ed in cinque si svilupparono ascessi contenenti i bacteri inoculati. A tre altri conigli furono eseguite injezioni nelle cavità pleurica ed addominale con un miscuglio di una parte della coltura suddetta con tre parti di acqua salata, ma non si ebbe altro fenomeno di reazione che un rialzo nella temperatura per due giorni. L'Autore concorda con Wyssokowitsch, Weichselbaum e Ziegler nel ritenere che il batterio patogenico dell'endocardite maligna si è lo stafilococco piogenico aureo.

Merita di essere raccontato, che un collaboratore dell'Autore, essendosi ferito ad un dito mentre maneggiava i visceri addominali di un coniglio morto in seconda giornata, dopo aver ricevuto un'injezione intravenosa di una coltura pura dello stafilococco, ebbe un patereccio con addolentatura di tutte le ghiandole linfatiche del corpo. Dal pus si ottennero facilmente colture di stafilococco piogenico aureo. Altre esperienze eseguite dall'Autore, furono le seguenti:

Punture delle valvole senza successiva inoculazione. — A cinque conigli mise allo scoperto una carotide e vi applicò due legature alla distanza di circa due centimetri l'una dall'altra, fece un'incisione

nella parete del vaso e in essa introdusse una siringa, e superando la legatura centrale previamente allentata, la spinse fino contro le valvole aortiche, al qual momento i battiti cardiaci si fecero rapidi ed irregolari, quindi la ritirò, lavò la ferita, come già prima la cute, con una soluzione di sublimato corrosivo al millesimo, applicò alcuni punti di sutura, levò la legatura e medicò con cotone assorbente e flanella. I battiti cardiaci continuarono ad essere frequenti, ma regolari per alcune ore e talora furono altresì accompagnati da un distinto soffio. In tutti i casi gli animali si riebbero prontamente e la ferita guarì per prima intenzione, quando gli animali non furono subito sacrificati. Sia negli animali uccisi nelle prime venti ore successive all'operazione, come in quelli che furono lasciati vivere più lungamente fino a trentasei giorni non si trovarono manifesti segni di reazione tanto alla sede della lesione, quanto negli organi interni. Una volta si vide l'apice della valvola lacerata coperto di un coagulo membranoso. Trascorsi alcuni giorni dall'operazione, la sede della lesione si trovò soltanto leggermente ingrossata.

Punture delle valvole seguite da inoculazione. — Ad otto conigli operati nel modo suddescritto furono injettati, una due o tre ore dopo la lesione delle valvole, una quantità variabile di liquido carico di stafilococchi piogenici aurei e diluito con acqua salata in una vena d'un' orecchia.

Uno di questi conigli morì dopo 16 ore; in esso si trovò una estesa abrasione all'origine della carotide ed una semplice puntura all'apice di una valvola aortica, ed inoltre congestione polmonare. Un secondo coniglio ebbe per due giorni temperatura elevata e torpore, poi si ristabilì, e quando fu ucciso dopo ventisei giorni, presentò le traccie di una puntura su di una valvola aortica con ingrossamento dei suoi márgini e numerosi depositi calcari nei reni.

Negli altri sei animali si osservarono fenomeni uniformi: febbre elevata, stupore, immobilità, avversione al cibo e movimenti convulsivi generali poco prima della morte, che avvenne in media circa cinquanta ore dopo l'operazione. La ferita al collo cicatrizzò prontamente, in quattro casi eravi pericardite siero-fibrinosa con essudato ricco di sferobatterj, i quali coll'esame morfologico e colle colture furono identificati per stafilococchi piogenici aurei. In quattro casi erano state lese le valvole aortiche ed inoltre eranvi abrasioni sulle pareti della carotide e sull'endocardio, in due eranvi solo queste lesioni e le valvole erano rimaste intatte per essere scivolato fra di esse l'istrumento senza offenderle. In corrispondenza di tutte le lesioni eranvi masse simili a vegetazioni endocarditiche costituite di fibrina, sostanza granulare, corpuscoli sanguigni bianchi e rossi e numerosi sfero-batterj, e sotto di esse notavasi una circoscritta zona necrotica, attorno alla quale erano ammassate molte cellule sferiche nel tessuto sottoendoteliale, ed in un caso eravi moderata proliferazione dell'endotelio. In un

coniglio si trovò la muscolatura cardiaca invasa da ascessi, in altri due essi erano semplicemente endocardici e piccoli, ma nel loro interno ovvero nelle loro vicinanze eranvi i soliti batterj, i quali talora rilevarono completamente il lume dei vasi sanguigni. Identici batterj si rilevarono altresì nei coaguli rossi, voluminosi, i quali in parecchi casi distendevano il ventricolo e l'orecchietta di destra. In un caso eravi notevole infarto epatico; in tutti la milza era molle, voluminosa e conteneva i batterj. I reni apparivano iperemici ed in cinque animali presentavano infarti, in uno ascessi grandi e piccoli; in essi i vasi sanguigni erano ingrombri di masse di sfero-batterj, ma senza alterazioni dei tessuti circostanti, ora invece con infiltrazione purulenta o con zone necrotiche. In un caso fu riscontrata una placca gangrenosa nell'intestino, in tre congestione cerebrale.

Questa serie di esperimenti dimostra adunque che l'introduzione nel sangue dei conigli di una considerevole quantità di sostanza carica di stafilococco piogenico aureo, dopo una lesione meccanica dell'endocardio, può produrre oltre le alterazioni periferiche caratteristiche della piemia anche quelle proprie dell'endocardite ulcerativa maligna e precisamente in sede ad estensione corrispondenti alle lesioni artificialmente praticate.

Lesioni chimiche dell'endocardio seguite da inoculazione. — Con maneggio simile a quello già descritto, l'Autore pensò di introdurre per la vena giugulare destra sino alla valvola tricuspidale la siringa colla punta munita di un miscuglio di parti eguali di nitrato d'argento e di potassa ricoperto da uno strato di zucchero, cosicchè l'azione caustica non veniva ad esercitarsi se non quando lo strato zuccherino era disciolto e la punta della sonda veniva strofinata contro l'endocardio del ventricolo sinistro o contro la valvola. Successivamente venivano eseguite le inoculazioni. Sette conigli furono operati in questo modo e presentarono in complesso le medesime lesioni di quelli nei quali l'endocardio era stato leso traumaticamente, solo che apparvero con frequenza alquanto maggiore emorragie ed ascessi polmonari.

Per controprova a due conigli fu introdotta una siringa sterilizzata sino al ventricolo destro del cuore e quindi fu estratta senza ledere l'endocardio, poi fu eseguita l'inoculazione di materiale carico di stafilococco piogenico aureo in una vena auricolare. Entrambi gli animali soccombettero con infarti renali e milza tumefatta, ma senza lesioni cardiache.

Lesioni chimiche dell'endocardio non seguite da inoculazioni. — A tre conigli furono eseguite semplicemente le cauterizzazioni dell'endocardio nel modo suddescritto, e poi furono uccisi uno venti minuti dopo l'operazione, l'altro dopo cinque giorni e il terzo dopo sei. Nessuno di essi presentò in vita segni di malessere, ed all'autopsia soltanto sul secondo si trovò un coagulo aderente al margine della valvola tricuspidale, ma privo di batterj.

In riassunto è accertato che in un certo numero di casi di endocardite ulcerativa acuta esistono batterj tanto nell'endocardio, quanto negli organi periferici, quando in essi si trovino alterazioni dipendenti dalla malattia. Questi batterj sono per lo più piccoli e sferici solo di raro, essendo stati trovati dei bacilli. Vi sono casi di endocardite ulcerativa acuta con estesa distruzione dei tessuti e formazione di grandi trombi senza presenza di batterj, ma in essi di solito l'endocardio era già sede di processi infiammatorj di antica data. Questa ultima circostanza tuttavia fu accertata anche in casi di endocardite con presenza di batterj, ma in questi si hanno facilmente lesioni emboliche di natura infettiva, e tale si manifesta il carattere generale della malattia, ed è quindi ragionevole di contraddistinguerli colla denominazione di endocardite acuta ulcerativa maligna batterica o micotica. Talora però la distinzione fra le due sorta di endocardite non può essere basata che sull'esame microscopico. Talvolta si osservano batterj anche nell'endocardite ulcerativa semplice, ma essi mancano sempre nelle forme croniche.

Il nesso eziologico che corre fra l'endocardite micotica ed i batterj viene dimostrato dal fatto, che coltivando i batterj che si ricavano dal corpo degli ammalati di tale malattia ed inoculandoli nei conigli, ai quali sia stato preventivamente leso l'endocardio con mezzi chimici o meccanici, si determina la riproduzione delle alterazioni anatomiche caratteristiche, sia centrali che periferiche colla presenza in esse dei medesimi batterj.

Sotto quali condizioni poi nell'uomo possano fissarsi e moltiplicarsi i batterj nell'endocardio quando esso non è leso meccanicamente, nè chimicamente e non è sede di lente inflammazioni, rimane tuttora ignoto.

Pare che l'embolismo per ammasso di batterj nei vasi sanguigni delle valvole cardiache non sia così raro, come finora credevasi.

In sei casi fu accertato che i batterj presenti nelle lesioni dell'endocardite ulcerativa maligna erano della specie dello streptococco piogenico e dello stafilococco piogenico aureo, ma fu pure dimostrato che oltre a questi anche altri batterj inoculati nei conigli possono, sotto determinate condizioni, comportarsi nello stesso modo o produrre gli identici effetti.

Non furono ancora studiate, in relazione a questi nuovi concetti, le relazioni dell'endocardite ulcerativa colla pneumonite, colla febbre tifoide e con altre malattie acute. Tuttavia è importante di osservare che quando fu accertata in tali malattie la presenza di batterj, fu anche accertato che questi erano di quelle specie che hanno parte nella produzione della piemia ed in genere dei processi inflammatorj, onde conformemente a tali idee l'endocardite in tali casi non sarebbe che una delle lesioni locali risultanti dalla piemia.

La frequenza colla quale l'endocardite ulcerativa acuta si aggiunge

a quella cronica, sembra indicare che nell'uomo le lesioni antiche dell'endocardio costituiscono la condizione favorevole alla fissazione ed alla moltiplicazione dei batterj penetrati nel sangue, come le lesioni chimiche o meccaniche dell'endocardio nelle esperienze eseguite sui conigli. Del resto l'oscurità intorno alle cause predisponenti è comune a tutte le malattie che si ritengono originate da microbi, e tutto resta ancora a scoprire intorno a questo argomento nel campo clinico, fisiologico e morfologico.

Frattanto una deduzione pratica che scaturisce dagli studj finora eseguiti, è che in ragione dei rapporti dell'endocardite cronica coll'acuta esulcerativa e di questa colla piemia, conviene raddoppiare di precauzioni antisettiche quando si hanno ad eseguire operazioni chirurgiche in persone affette da vizj valvolari.

Virchow. « Gesammte Abhandlungen », 1853, p. 711.

Rokitansky. « Lehrb. d. Path. », An. 1885, vol. I, p. 387.

Lancereaux. « Mém. d. An. Path. », 1862.

Winge « Mycosis endocardii. » — « Nordisk med. Arkiv. », vol. II.

Hjalmer Heiberg. « Virchow's Arch. », 1872, vol. 56, p. 407.

Eberth. « Correspondenz-Blatt. f. schweizer Aertze », 1872, N. 12 e 13.

Rosenbach. « Mikroörganismen b. d. Wundinfectionskrankheiten des Manschen ». Wiesbaden, 1884.

Hiller. « Virch-Arch. », 1875, vol. 62, III, p. 336.

Virchow. « Beiträge zur Geburthsh. u. Gynäkologie », vol. I, p. 323.

Eberth. « Ueber Diphtheritische Endocarditis. Inaug. Diss. ». Berlin.

Larsen. « Onderlet Endocardit. Nord. » — « Magot. für Lägerdok. » R. 2, vol. III, p. 279.

Eisenlohr. « Ein Fall von Endocarditis Ulcerosa. » — « Berlin klin. Wochenschr. », 1874, N. 32, p. 389.

Burkart. « Ein Fall von Pilzembolie. » — « Ibid. », N. 13, p. 149

Maier. « Ein Fall von primärer Endocarditis diphtheritica. » — « Virchow's Arch. », vol. 62, p. 145.

Lahman e *van Deventer.* « Weekblad von bet. Nederlandsch. » — « Tidjschr. », 1875, vol. 2, p. 166.

Gerben e *Birch-Hirschfeld.* « Ueber ein Fall von Endocarditis ulcerosa. » — « Arch. d. Heilkunde », 1876, vol. 17, p. 208.

Klebs. « Arch. f. exp. Path. », 1875, vol. 4, p. 409; e 1878, vol. 9, p. 52.

Koster. « Die Embolische Endocarditis. » — « Virch. Arch. », 1878, vol. 72, p. 257.

Litten. « Zeitschr. f. klin. Med. », 1881, vol. II, pp. 378 e 558.

Eichhorst. « Ueber d. Acute Endocarditis. » — « Charité Annalen », vol. II, p. 240.

Cayley. « Clinical Lecture on a Case of Ulcerative or Infecting Endocarditis simulating Typhoid Fever. » — « Med. Times and Gazette », 10 novembre 1887.

Purser. Inflamm. of Left Vesicula Seminales, Cystitis, Endocarditis Bacteritica. » — « Dublin Journ. of Med. Sciences ». Dic. 1877.

Mygiud. « Et Bifalde of Endocarditis ulcerosa. » — « Hospitalsalidende. » R. II, vol. VI, p. 103.

Hamburg. « Ueber Acute Endocarditis in Beziehung zu Bacterien. » — « Diss. » Berlin, 1879.

Overbeck. « Casuistische Beiträge zur Lehre von der Endocarditis ulcerosa. » — « Inaug. Diss. » Göttingen, 1881.

Osler. « Gulstonian Lectures on Malignant Endocarditis. » — « Lancet », 7 marzo 1885.

Smith e *Northrop.* « Reports of New York Pathological Society meeting », 22 ottobre 1884.

Netter e *Martha.* « De l'endocardite végétante ulcereuse dans les affections des voies biliaires. « — « Arch. de Physiologie et Path. » 1 luglio 1886.

Cornil « L'Abeille Médicale », 1884, N. 51.

Bramwell. « On Ulcerative Endocarditis. » — « Ann. Journ. of Med. Sc. », luglio 1886.

Grancher. « Soc. Med. des hôpitaux », 1884.

Perret e *Rodet.* « Soc. des Sc. med. d. Lyon », 1885.

Wyssokowitsch. « Virch. Arch. », vol. 103, II, p. 301.

Rosenbach. « Ueber art. Herzklappenfehler. » — « Arch. f. exp. Path. », vol. IX.

Weichselbaum. « Wiener med. Woch. », N. 41, 1885.

Ribbert. « Ueber exp. Myo-und Endocarditis. » — « Fortschritte der Med. », 1 gennajo 1886, IV. 1.

Ziegler. « Lehrb. d. Path. Anat. », 1885.

Ziemacki. « Beiträge zur Kentniss der Micrococcencolonien in den Blutgefässen. » — « Inaug. dissert. » Praga, 1883.

Passet. « Untersuch. üb. d. Aetiologie d. eitrigen Phlegmon das Meuschen », 1885.

IV. Skerrit Markham (1). — **Actinomyoosis hominis, pag. 75.**

Ziegler definisce l'actinomicosi una infiammazione progressiva prodotta da un fungo, detto actinomicete, con esito di formazione di granulazioni, di tessuto fibroso e di suppurazione, propria dell'uomo e delle bestie bovine, ovine e suine e trasmissibile per inoculazione.

Negli animali fu primamente descritto da Bollinger nel 1877 e nell'uomo da Jomel pure nel medesimo anno, e due anni dopo con maggior esattezza da Ponfick.

---

(1) Docente di medicina, di patologia e di anatomia patologica nella Scuola Medica di Bristol, Medico anziano nell'Ospitale Generale di Bristol e membro del Collegio universitario di Londra.

La denominazione di actinomicete fu dedotta dalla configurazione a raggi del fungo, che ha l'aspetto di piccole masse sferiche del volume di granelli di miglio di colore per lo più gialliccio, ma ora anche bianco o bruno o verdastro o chiazzato od a striscie. Ogni corpuscolo si compone di un nucleo centrale di filamenti strettamente avvolti e di altri filamenti disposti a raggi. Ognuna di queste granulazioni quando è in seno ai tessuti infiammati rassomiglia esattamente ad un tubercolo. Se l'infiammazione è recente l'actonimicete è circondato di cellule rotonde, ossia di tessuto di granulazioni, più tardi si trovano cellule epiteliali e cellule giganti circondate da una zona di tessuto connettivo di nuova formazione tendente a trasformarsi in fibroso. Per ultimo sopraggiunge la suppurazione, colla quale i funghi vengono eliminati.

L'eziologia è ancora oscura. Gli actinomiceti non furono mai trovati fuori degli organismi animali, e neppure fu determinato con sicurezza come avvenga la trasmissione degli animali all'uomo. Israel crede che gli uni e l'altro possano ricevere l'infezione dai cibi vegetali e dall'acqua potabile. Jensen (1) vide in Seelandia un'epidemia di actinomicosi nel bestiame che pascolava su di un suolo recentemente sottratto alle acque marine e Johne scoprì un fungo affetto simile all'actinomicete in alcuni grani di segale infitti nelle tonsille di un maiale.

Israel non pare alieno dell'ammettere che in circostanze favorevoli l'actinomicete possa svolgersi dall'innocente *lepthotrix buccalis* ed infatti fu evidentemente verificata la frequente concomitanza dell'actinomicosi colla carie e colla fistola dentale. In parecchi casi la malattia incominciò dove appunto eravi un dente guasto od un'alterazione delle ossa della mascella. Israel riferì al Congresso dei chirurghi tedeschi (1886) che nel centro di un polmone affetto da actinomicosi trovò un pezzo di dente cariato.

Molti tentativi di coltivazione artificiale del fungo fallirono, ma recentemente Boström di Giessen (2) sarebbe riuscito a conservarlo ed a portarlo a maturanza in cinque o sei giorni; tuttavia colle inoculazioni non riuscì a riprodurre la malattia. Israel e Ponfick invece riuscirono a trasmetterla dall'uomo ai conigli ed ai vitelli mediante iniezioni ipodermiche, venose ed intraperitoneali.

L'actinomicete può invadere l'organismo da tre parti: dalla bocca e dalla faringe, dalle vie respiratorie e dal tubo gastro-enterico.

Invasione della bocca e della faringe. — Più frequentemente avviene dalla mandibola. Il fungo può trovarsi in essa od anche nelle regioni sottomentale, sottomascellare e nella parte inferiore del collo. La tumefazione può cangiare di posto, e così Israel dal mese di agosto a

(1) « Tidskrift. f. Veterineer », 1883. XIII.
(2) « Jahresbericht über Path. Org. », 1886.

quello di dicembre la vide passare dalla regione sottomascellare a quella tiroidea. Talora la traccia del passaggio resta segnata da un cordone cicatriziale.

Quando la malattia incomincia dalla mascella superiore tende a diffondersi nelle parti molli ed anche profondamente fino alla base del cranio. Solitamente in questa regione il corso della malattia è lento e per qualche tempo anche indolente, e quando si verifica la suppurazione per lo più si fa strada all'esterno. Ma altre volte mentre la tumefazione scompare da una parte e dà luogo ad una cicatrice, si estende da altre parti ed anche in profondità e rende grave la prognosi. La sola cura efficace consiste nell'esportare i tessuti ammalati.

Invasione per le vie respiratorie. — In una donna sofferente da otto anni di catarro bronchiale diffuso senza indizi di lesione polmonare e senza danno grave della salute generale si trovarono nello sputo i granuli ceratteristici dell'actinomicosi.

È probabile che molte volte il parassita incominci a fissarsi nelle mucose bronchiali e poi si propaghi nel parenchima polmonale. In questo caso si devono distinguere, secondo Israel, tre stadi:

Nel primo gli actinomiceti determinano un focolare di peribronchite o di pneumonite, le cellule negli alveoli subiscono la degenerazione adiposa e formano masse gialle d'apparenza tubercolare, succedono poi rammollimento, suppurazione, emorragie capillari e formazione di una cavità, attorno alla quale si costituisce uno strato di tessuto connettivo ricco di fibre elastiche.

In questo periodo i sintomi si riducono a lieve tosse con scarsa espettorazione, ed all'esame si riscontrano, quando la malattia è sufficientemente inoltrata, i segni fisici di un indurimento polmonale, il quale per lo più è limitato alle porzioni laterali e posteriori, e non mai, almeno secondo quanto fu sinora osservato, attacca gli apici. Corrispondentemente all'indurimento polmonale può notarsi la retrazione della parete toracica.

Nel secondo periodo il male tende a portarsi verso l'esterno e per lo più posteriormente e lateralmente, attaccando i tessuti prevertebrali. Altre volte la malattia scende in basso dietro il diaframma nel tessuto retroperitoneale e nei vicini muscoli e quindi nella cavità addominale suscitando una peritonite acuta e determinando la formazioue di ascessi sottofrenici, epatici o splenici. Talvolta il mediastino ed il pericardio possono pure essere offesi. Generalmente quando la malattia si estende fuori dei polmoni il suo corso si accelera; havvi prostrazione delle forze, sudori profusi, brividi intercorrenti, temperatura ora normale ora inferiore della fisiologica.

Nel terzo stadio la pelle viene implicata nel processo morboso, al petto ed al dorso si manifesta un'estesa infiltrazione pastosa e finalmente si ha l'uscita del pus contenente i glomeruli caratteristici. La durata totale delle malattie non può determinarsi, essendo incerta

sempre la data dell'esordio, tuttavia pare possa prolungarsi per due o tre anni.

L'intervallo fra le comparse dei sintomi più evidenti e patagnomonici e la morte varia dai cinque ai venti mesi.

Invasione per il tubo digestivo. — Chiari nel cadavere di un uomo morto per marasma dopo due anni di malattia trovò la mucosa dell'intestino ricoperta di uno strato biancastro consistente del micelio degli actinomiceti, che apparivano sotto forma di globuli gialli e bruni saldamente aderenti ai sottostanti tessutj.

Altre volte però i noduli actinomicetici hanno sede nella mucosa o nel tessuto sottomucoso e producono per rammollimento esulcerazioni profonde a contorni mal definiti suscettibili tuttavia di cicatrizzazione. In questa forma è possibile la guarigione spontanea perchè i moti peristaltici degli intestini favoriscono l'eliminazione dei parassiti. Pericolose complicazioni tuttavia si possono avere per l'estensione del processo morboso al fegato sia per il sistema della vena porta, sia come fu verificato in un caso, per la via dell'appendice vermiforme e del tessuto retroperitoneale.

Finchè la malattia è limitata alle pareti intestinali può mancare ogni sintomo od esservi semplicemente un po' di diarrea. L'esame delle feci però può rivelare la presenza del fungo, il quale può trovarsi eziandio nell'orina, quando esso abbia attaccata la vescica. La cura in genere non può essere se non palliativa, tuttavia Esmarch ottenne una guarigione mediante un atto operativo.

Del resto qualunque sia la sede primitiva del male si può averne la rapida diffusione per embolismo anche molto tempo dopo che esso rimase a lungo circoscritto e quasi innocuo. La diffusione viene accompagnata da brividi ricorrenti ad intervalli irregolari e da rapido deperimento.

Un caso interessante fu studiato dall'Autore.

Un imbianchino, di anni 28, di cui il padre ed un fratello erano morti di tisi, fu ricoverato all'Ospitale di Bristol siccome sofferente di un dolore che persisteva da tre settimane in corrispondenza delle cartilagini costali destre. Parecchi mesi innanzi egli aveva dovuto fermarsi a letto tre settimane per disturbi intestinali. È notevole che l'acqua potabile di cui egli faceva uso proveniva da una sorgente situata tra una chiesa ed un antico cimitero e che in seguito a dirotte pioggie essa era stata per qualche tempo molto torbida, e che allora egli si era astenuto dal berne.

L'ammalato era debole, gracile e presentava l'aspetto di chi ha tendenza alla tubercolosi. Il dolore che lo tormentava era esacerbato dai movimenti, dalle respirazioni profonde e dalla tosse. Le respirazioni erano 36 al minuto, le pulsazioni 84. Alla parte inferiore destra del torace il respiro era alquanto aspro, l'addome era alquanto teso, il fegato oltrepassava il margine costale ed era dolente alla pressione,

la lingua era secca ed impaniata. Più tardi verso la base del torace a destra si ebbe ottusità e incominciò altresì un'espettorazione mucopurolenta, con progressivo dimagramento e profusi sudori notturni. Non vi furono brividi ma temperatura febbrile a tipo irregolare. Varie punture esploratorie praticate nella zona di ottusità ed anche nell'area epatica non rivelarono la presenza nè di essudato nè di pus. Per lo spazio di circa due mesi tuttavia i segni di un versamento pleuritico andarono crescendo, poi a poco a poco svanirono e invece si ebbero quelli di una suppurazione interna, come i brividi, l'estrema emaciazione, i sudori collequativi, ed in questo stato sopraggiungeva la morte. All'autopsia si trovò il lobo inferiore del polmone destro aderente al costato ed al diaframma e trasformato in una massa fibrosa, compatta. Il fegato aderiva pure al diaframma e conteneva una massa del diametro di circa dieci centimetri divisa e suddivisa da sepimenti, la quale conteneva numerosi actinomiceti. Il pus era penetrato nelle vene adiacenti, un ascesso secondario notavasi nel lobo inferiore del polmone sinistro. Nel lobo inferiore del polmone destro non si scoprirono se non pochi actinomiceti, sempre tuttavia sufficienti per fa riconoscere la cagione vera e prima del male.

Anche in un caso affatto simile osservato da Israel si ebbe versamento pleuritico che poi fu in breve riassorbito. Nel caso succennato la durata della malattia a datare dai primordi fu di quasi sette mesi ed a datare dalla comparsa dei primi sintomi maligni fu di quasi quattro.

La diagnosi fu piuttosto difficile.

Il complesso dei sintomi e dei dati anamnestici deponeva per la tubercolosi, la persistenza dei brividi, malgrado il miglioramento delle condizioni toraciche mise in sospetto sulla reale natura del male, ma essa non fu accertata, se non all'autopsia.

Quando le circostanze permettessero di fare per tempo la diagnosi di actinomicosi polmonare potrebbe essere giustificato un tentativo di esportazione del segmento di polmone dove risiedesse il male, poichè più tardi ogni terapia diviene inutile.

V. Lombard Warren. — **Is the «Kneekick» a reflex Act? A Researche made at the physiological laboratory of the College of Physicians and Surgeons, New York** — (*Se il sussulto del ginocchio sia realmente un atto riflesso*). Ricerche eseguite nel laboratorio del collegio medico-chirurgico di Nuova York; pag. 88.

Caratteri e risultati delle esperienze. — L'Autore si propose di ricercare se il tempo che passa fra il colpo sul legamento della rotula e il principio della contrazione del muscolo quadricipite sia abbastanza lungo da potersi ammettere che si compia un atto riflesso. Egli avrebbe trovato che tale intervallo rappresenta solo un quarto del tempo necessario perchè si compia un atto riflesso del ginocchio dietro un ec-

citamento cutaneo, ed è assai poco più lungo di quello richiesto dalla contrazione del muscolo quadricipite dietro la diretta applicazione dello stimolo elettrico.

Teorie comunemente accettate. — L'importanza diagnostica del fenomeno del moto sussultorio della rotula fu segnalata nel 1871 e divenne oggetto di molti studi, pure non ne fu ancora perentoriamente dimostrata la vera natura, poichè taluni Autori lo considerano come un moto riflesso ed altri come un effetto diretto dello stimolo meccanico delle fibre muscolari. Molteplici esperienze dimostrarono che normalmente lo stimolo meccanico opera non sulla cute, ma a quanto pare, sulle fibre nervose situate nel tendine e nelle guaine muscolari, nonchè sulle fibre muscolari stesse. Quello che appare certo ed è comunemente ammesso si è che perchè si verifichi il fenomeno è necessario l'integrità dell'arco di riflessione, come fu dimostrato da numerose osservazioni fisiologiche, cliniche e patologiche. Da ciò i fautori dell'idea del moto riflesso deducono che esso deve essere di tale natura, poichè dipende dall'integrità del midollo spinale, ma gli oppositori fanno osservare che anche quando il fenomeno fosse puramente muscolare, esso sarebbe strettamente collegato col tono dei muscoli, il quale alla sua volta non sussiste se non è normale e continua l'influenza spinale, la quale forse non consiste in altro in ultima analisi se non in una serie di deboli impulsi provenienti ancora per via riflessa dall'azione incessante degli infiniti stimoli esterni. Vero è però che poco conoscendosi intorno alla vera natura del tono muscolare ed anzi alcuni Autori mettendone in dubbio l'esistenza tutta la teoria rimane vacillante. L'argomento principale adunque contro l'opinione della natura riflessa del sussulto patellare si è quello della brevità del tempo, nel quale esso si compie, tre volte circa minore di quello che secondo i calcoli sarebbe necessario. Infatti secondo gli Autori l'intervallo fra il colpo sul legamento rotuleo e la contrazione del quadricipite varia da 3 a 4 centesimi di secondo, e può scendere fino solo 16 millesimi in certe condizioni anormali, per esempio quando siavi sclerosi laterale del midollo spinale, mentre calcolandosi la velocità di trasmissione dell'impulso lungo i nervi eferenti ed afferenti a circa 30 metri per minuto secondo il tempo impiegato nel solo trasporto dell'eccitamento meccanico e del consecutivo impulso dovrebbe essere di 4 a 5 millesimi di secondo, dovendosi percorrere una distanza in media di circa un metro e mezzo ed aggiungendo poi il tempo necessario allo svolgimento dell'azione nel midollo spinale, tempo che ascenderebbe a ben 55 millesimi secondo le esperienze di Exner sull'ammiccar delle palpebre, nonchè tenendo conto del periodo latente muscolare il quale sarebbe di un centesimo di secondo si avrebbe siccome indispensabile per l'intero atto riflesso una durata di 11 decimi di secondo.

Gli oppositori nondimeno osservano che nel riflesso tendineo potrebbe

darsi che la velocità di trasmissione lungo i nervi fosse maggiore di quella comunemente ritenuta, ed infatti secondo alcuni sperimentatori sarebbe di 90 metri anzichè di 30 al secondo, e che inoltre non è dimostrato che il così detto periodo latente muscolare nell'uomo sia eguale come nella rana.

Esperienze dell'Autore. — Esse furono intraprese dietro il concetto che la contrazione del muscolo quadricipite in seguito ad un colpo potesse essere un atto complesso dovuto in parte allo stimolo meccanico diretto delle fibre muscolari, in parte all'eccitamento riflesso, onde l'Autore pensò di studiare il fenomeno col metodo grafico per scinderne e renderne manifesti i componenti. Egli stimolò direttamente il muscolo mediante la corrente indotta, indirettamente con un colpo sul legamento rotuleo o per vie riflesse, irritando la cute presso al ginocchio.

Normalmente quando si percuote il legamento rotuleo la contrazione del muscolo quadricipite viene segnata da una curva uniforme e regolare tanto nella porzione ascendente, quanto in quella discendente.

Il più breve intervallo fra il momento dell'applicazione dello stimolo ed il principio delle contrazioni muscolari seguite dal movimento del piede si ebbe quando fu impiegata la corrente indotta ed il più lungo quando si provocò il moto riflesso coll'irritazione della cute e precisamente nel primo caso l'intervallo fu in media di 64 millesimi di secondo e nell'altro invece di ben 253 millesimi, mentre fu di 71 millesimi quando si percosse il legamento rotuleo.

Nel fenomeno del sussulto rotuleo si devono distinguere parecchi momenti, cioè il tempo richiesto perchè lo stimolo raggiunga il muscolo, il tempo necessario perchè il muscolo risponda allo stimolo, ossia il periodo latente che nella rana fu calcolato di circa 3 millesimi di secondo, il tempo occorrente affinchè la contrazione divenga abbastanza energica da determinare il movimento del piede vincendo l'inerzia della gamba. Un elemento variabile è quello del numero delle fibre muscolari alle quali giunge l'eccitamento. Circa 3 millesimi di secondo andaronon perduti per effetto del ritardo dell'apparecchio elettromagnetico nel registrare il momento dell'applicazione dello stimolo epperò a rigore essi devono aggiungersi alle cifre surriferite siccome esprimenti la durata media degli intervalli fra lo stimolo e la contrazione

La poca differenza di soli 7 millesimi di secondo, che passa fra l'intervallo consecutivo all'applicazione elettrica e quella susseguente ad uno stimolo meccanico, costituisce una notevole presunzione a favore dell'idea che lo stimolo meccanico, operi come quello elettrico per diretta azione sulle fibre muscolari e solo giunge alquanto più in ritardo perchè non arriva alle fibre muscolari se non superando una serie di trasmissioni dal legamento alla rotula, da questa al tendine del quadricipite e finalmente al ventre muscolare, mentre lo stimolo

elettrico non ha che da attraversare la cute, il cellulare sottocutaneo e la fascia muscolare.

La produzione del sussulto rotuleo per vie riflesse richiede necessariamente un tempo più lungo comprendendosi in essa le seguenti fasi:

I. La trasmissione dell'urto dal tendine alle estremità terminali dei nervi sensitivi, la durata di questo periodo non può essere determinata;

II. La trasmissione dello stimolo dalle estremità terminali dei nervi sensitivi al midollo spinale e da questo per mezzo dei nervi motori ai muscoli; la durata di questi periodi sarebbe di circa 16 millesimi di secondo calcolando a 90 metri al secondo la velocità di trasmissione della forza nervosa; di 24 millesimi se si ritiene tale velocità di 62 metri con Exner, e di 50 millesimi, qualora essa venga valutata secondo i calcoli più comuni a 30 metri al secondo;

III. La trasformazione dello stimolo sensitivo in stimolo motorio nel midollo spinale, la quale secondo Exner avviene nello spazio di 55 millesimi di secondo;

IV. Il periodo latente muscolare.

Il calcolo del tempo entro il quale si compie nelle condizioni ordinarie il sussulto rotuleo depone adunque a favore dell'opinione che sia almeno prevalentemente un effetto della eccitazione diretta delle fibre muscolari, anzichè un atto riflesso.

In parecchie esperienze eseguite un giorno su di un uomo si notò che la curva grafica presentava una irregolarità più culminante, ora nella sezione ascendente ora in quella discendente, come se un impulso secondario fosse venuto ad un dato punto ed aggiungersi al primitivo. In altri giorni sperimentando sul medesimo uomo non si ottenne tale oscillazione, come non fu ottenuta nelle esperienze eseguite su di altri uomini.

Condizioni per le esperienze. — I soggetti delle esperienze erano collocati comodamente distesi con una coscia sostenuta da un appoggio tale da non comprimere i vasi e i nervi e da lasciar liberi i movimenti della gamba e del piede, che era sospeso ad una fune. Sulla superficie mobile dell'apparecchio registratore (chimografo di Ludwig), venivano iscritti da tre stiletti la velocità di rotazione dell'apparecchio, i momenti nei quali veniva applicato lo stimolo e la curva delle contrazioni muscolari, che venivano designate dal movimento del piede.

Per dare le percosse sul legamento rotuleo si impiegò un martello di acciajo di medio volume con un capo assottigliato ma ottuso e rivestito di gomma. Nei casi nei quali era molto facile ad ottenersi il sussulto bastava anche il consueto martello da percussione. Il rivestimento di gomma del martello era inoltre munito di una laminetta di platino e sul ginocchio era assicurato un pezzo di tessuto di fili d'oro, in modo che quando si dava il colpo veniva chiuso un circuito elettrico e così l'istante preciso veniva automaticamente registrato.

La corrente indotta veniva applicata al muscolo retto delle coscie verso il suo terzo medio tenendo la distanza di circa 15 centimetri fra i due elettrodi. Quando si voleva stimolare i nervi cutanei si applicava la corrente indotta con uno spazzolino metallico ed una punta di platino alla distanza di circa 15 millimetri l'una dall'altro. Per la produzione della corrente impiegavasi un elemento Grove, ed un altro per l'apparecchio registratore.

Perchè possa essere ammesso senza eccezione che il sussulto rotuleo è un effetto almeno prevalentemente dell'eccitamento diretto delle fibre muscolari, resta ancora a spiegarsi in modo soddisfacente l'influenza indubitabile del midollo spinale sul fenomeno o per lo meno conviene dimostrare sicuramente l'esistenza del tono muscolare, dal quale si fa dipendere la sensibilità dei muscoli agli stimoli più leggieri.

VI. SENN N. (1) — **The Surgery of the pancreas as based upon experiments and clinical researches** (2). (*La chirurgia del pancreas basata sulle esperienze e sulle ricerche cliniche*); p. 121.

Cisti del pancreas. — Di questo argomento speciale l'Autore ebbe già ad occuparsi in altro lavoro (3). Successivamente furono osservati altri quattro casi in un uomo di anni 42, cui fu fatta la puntura della cisti e che dopo circa un mese venne a soccombere (4); in una donna d'anni 45, nella quale il tumore datava da nove anni, e fu esportato con esito letale per peritonite (5); in una donna d'anni 33, nella quale il tumore che datava da 15 anni fu giudicato una cisti ovarica, e fu esportato con esito pure letale per peritonite (6), ed in una ragazza d'anni 16, nella quale la cisti, che dapprima credevasi dipendente da echinococco del fegato, fu aperta e cucita alle pareti addominali con esito felice (7).

Siccome le esperienze sugli animali hanno dimostrato che la sola occlusione del condotto pancreatico non basta a produrre una cisti, così è da credere che debba anche concorrere una alterazione della secrezione e precisamente la presenza in essa di una qualche sostanza che ne impedisca il riassorbimento.

Per la cura è da consigliarsi non l'estirpazione, ma l'istituzione di una fistola.

---

(1) Chirurgo assistentenell'Ospitale Milwankee e professore di chirurgia teorica e pratica alla scuola medico-chirurgica di Chicago.

(2) V. « Annali Universali di Medicina e Chirurgia. » — *Parte Rivista* vol. 281, gennajo 1887.

(3) « American Journ. of the Med. Sc. », luglio 1885.

(4) « Med. Record », 15 marzo 1884.

(5) Riedel. « Arch. f. klin. Chir. », XXXIII, 994.

(6) Salzer. « Zur Diagnostik der Pancreas cyste », 1886.

(7) Kramer. « Centralbl. f. Chir. », 1885, N. 2.

Tumori del pancreas. Ipertrofia. — In un uomo d'anni 48, che morì di ostruzione intestinale, si trovò il duodeno compresso dal capo del pancreas ipertrofico (1).

Sarcoma. — Non è frequente, e di solito non si appalesa in vita se non con una sintomatologia oscura di dimagramento ed anemia (2).

Carcinoma. — Da alcuni Autori fu ritenuto assai raro il cancro primitivo del pancreas, ma invece se ne trovano riferiti numerosi esempi (3). I sintomi prevalenti furono sempre la diarrea adiposa associata all'itterizia.

Secondo Da Costa (4), il cancro del pancreas è più frequente nell'uomo che nella donna e specialmente dopo i quarant'anni. Fra le varie forme, la più frequente è lo scirro, ma furono altresì riscontrati il cilindroma ed il cancro colloide.

Oltre i sintomi già accennati, sono importanti quelli dalla presenza di un tumore, del dolore epigastrico nevralgico per la compressione del plesso celiaco e del vomito non sanguigno. È tuttavia raro che si possa stabilire una diagnosi esatta. Billroth eseguì due volte l'escisione di porzione del capo del pancreas affetto da carcinoma, lasciando intatto il condotto, con esito immediato favorevole. Prima dell'escisione conviene applicare un laccio al pancreas per evitare l'emorragia ed il versamento del succo pancreatico nel cavo peritoneale.

Tubercolosi del pancreas. — Rara è la tubercolosi primitiva. Aran ne vide un caso in una donna d'anni 25, che aveva color bronzino della pelle, e morì di languore. Anche la milza era invasa dai tubercoli (5). Anche Mayo la vide in un uomo d'anni 38. In esso il pancreas era enormemente ingrossato (6).

---

(1) Störck. « Schmidt's Jahrb. Suppl », 1836, p. 161.
(2) Mayo. « Outlines of Human Path. », p. 411.
Lépine e Cornil. « Gaz. Med. de Paris », 1874, p. 624.
Ziemssen's. « Cyclopaedia », VIII, p. 614.
(3) Suche. « De Scirrho pancr. » Berlino, 1834.
Schupmann. « Hufeland's Journ. », 1841.
Récamier. « Rev. Méd. », 1830.
Muehry. « Caspar's Wochenschr. », 1835, N. 10.
Albers. « Med. Corresp. rhein. und westf. Aertze », 1843, N. 8.
Haldacere. « Assoc. Med. Journ. », maggio 1854.
Webl. « Philad. Med. Tim. », II, dicembre 1871.
Gross. « Ibid », II, giugno 1872.
Luithlen. « Mem. a. d. aerztl. Praxis. », 1872, vol. XVII, p. 309
Roberts. « Brit. Med. Journ. », settembre 1865.
Davidsohn. « Ueber Krebs der Bauchspeicheldruse », 1872.
Williams. « Med. Times and Gazette », agosto 1852.
Trevichs. « Klin. d. Leberkrankheiten », I. 146.
Friedreich. « Ziemssen's Cyclopaedia », VIII, 608.
(4) « North. Am. Med. Chir. Review. », sett. 1858.
(5) « Arch. Gén. de Méd. », 1846.
(6) « Outlines of Human Pathology », p. 410.

Quando fosse possibile una pronta diagnosi, si potrebbe tentare l'esportazione di quella porzione di organo, che è sede dei tubercoli, massime se fa parte del capo del pancreas.

Lipomatosi del pancreas. — È caratterizzata dalla trasformazione in adipe del tessuto connettivo frapposto agli acini ghiandolari, che finiscono a cadere in atrofia per compressione, onde viene a cessare la secrezione. Rokitansky osservò queste alterazioni in casi di obesità (1). Esso può esistere senza cagionare gravi disturbi della digestione, mentre altre volte può condurre al marasmo ed alla morte, certo secondo che le altre ghiandole dell'apparato digestivo compensano o no la mancanza del succo pancreatico (2).

Litiasi dei condotti pancreatici. — Frequentemente si trovano nei condotti pancreatici concrezioni di carbonati e di fosfati di calce, piccole, irregolari e talora invece anche di dimensioni notevoli, per esempio, del diametro di oltre due centimetri. Esse producono nei tessuti adjacenti sclerosi ed atrofia, e talvolta perfino suppurazione (3), e possono essere causa non unica ma concomitante della cisti da ritenzione. Quando si arrestano allo sbocco del canale di Wirsung, possono comprimere il coledoco e produrre l'itterizia.

La loro diagnosi è sempre quasi impossibile. Nel caso che l'itterizia persistente giungesse a mettere in pericolo la vita, sarebbe giustificata una laparotomia esplorativa e successivamente l'esportazione del calcolo, avendo cura di vuotare prima, mediante aspirazione, i condotti biliari dilatati per prevenire il versamento della bile nel cavo peritoneale.

L'Autore riassume la deduzione dei suoi studj sul pancreas nelle seguenti proposizioni:

I. Dopo una completa incisione del pancreas non si ristabilisce più la continuità del dotto pancreatico.

II. L'estirpazione completa sperimentale del pancreas è sempre seguita dalla morte per il traumatismo e per gangrena del duodeno.

III. L'escisione parziale del pancreas è possibile e in certi casi può essere indicata.

IV. La sola occlusione del dotto pancreatico senza alterazioni del parenchima ghiandolare non basta a determinare la formazione di una cisti.

V. Nell'occlusione semplice del dotto pancreatico il succo pancreatico viene riassorbito.

VI. Il pancreas può cadere gradatamente in atrofia o subire degenerazioni senza che necessariamente ne venga danneggiata la salute.

---

(1) « Lehrb. der Path. Anat. », III, 313 e 369.

(2) Litten. « Charité Annalen. », 1881.
Lépine e Cornil. « Gaz. Méd. de Paris », 624.

(3) Moore. « Lancet », 12 gennajo 1884.

VII. Il distacco di una porzione della ghiandola è invariabilmente seguito da degenerazione progressiva ed atrofia nel segmento separato dalla massa principale.

VIII. Il succo pancreatico normale versato nella cavità peritoneale viene prontamente riassorbito senza nocive conseguenze.

IX. Porzioni di tessuto pancreatico ammaccate o lacerate possono venire riassorbite quando la lesione sia asettica.

X. La divisione completa del pancreas per mezzo di un laccio elastico non è mai seguita dal ristabilimento della continuità anatomica.

XI. Le operazioni sul pancreas richiedono il limitato distacco del mesenterio dal duodeno, ma questo non cade perciò in gangrena.

XII. In tutte le operazioni sul capo del pancreas conviene mantenere l'unione fisiologica della porzione periferica della ghiandola per rispettare l'integrità del condotto principale.

XIII. L'escisione parziale della porzione splenica del pancreas è indicata nei casi di ascessi circoscritti e di tumori maligni, quando l'operazione possa compiersi senza lesione di altri organi importanti.

XIV. All'estirpazione parziale del pancreas conviene far precedere l'applicazione di un laccio, per impedire l'emorragia ed il versamento del succo pancreatico nel cavo peritoneale.

XV. Nella cura delle cisti, ascessi, gangrena ed emorragie del pancreas per causa locale, è indicata l'istituzione di una fistola pancreatica esterna mediante taglio addominale.

XVI. Nei casi di ascessi e gangrena del pancreas con raccolta di pus nello spazio retroperitoneale è indicata l'applicazione di tubi da fognatura.

XVII. Quando un calcolo pancreatico impigliato nel condotto wirsungiano cagiona pericolo di morte per colemia, ne sarà indicata l'estrazione.

XIX. Per il buon esito di tale operazione sarà d'uopo aspirare la bile dai condotti biliari dilatati e lasciare gli organi digestivi in perfetto riposo il più a lungo che si possa.

VII. SHEPHERD F. (1). — **A short account of the Disease called « ainhum » with the report of a case.** (*Breve cenno sulla malattia chiamata* ainhum *e relazione di un caso della stessa*); p. 137.

Un nero, all'età di 41 anni, avvertì una pustola al lato esterno del dito piccolo del piede destro in corrispondenza della piega digito-plantare. Per quattro anni e mezzo la pustola rimase stazionaria e non cagionò incomodo, poi si esulcerò e divenne dolorosa, tanto da richiedere il riposo e l'applicazione di cataplasmi e al tempo stesso il paziente si accorse di una certa depressione nella piega digito-plantare,

(1) Professore di anatomia nell'Università Mcgill. e chirurgo all'Ospitale Generale di Montreal (Canadà).

ma dopo un altro anno si ebbe una nuova esacerbazione, al posto della depressione si formò un solco circolare profondo; il dito divenne gonfio e dolente. Il dito fu disarticolato e la ferita medicata con jodoformio; guarì prontamente. All'esame del dito si riscontrarono le falangi estremamente atrofiche, mentre i tessuti molli erano normali.

La malattia detta *ainhum* è rara, ma non propria solo dei neri, poichè fu osservata anche fra gli Indiani (1). Essa attacca preferibilmente il dito piccolo dei piedi, ma talora anche le altre dita e perfino le gambe e pare possa succedere anche nella vita intrauterina ed essere cagione di amputazioni spontanee (2). È più frequente fra i neri nati in Africa che fra quelli nati al Brasile: pare relativamente frequente sulle coste africane occidentali. Fu descritta esattamente per la prima volta da Silva Lima nel 1867. Egli la trovò più comune fra gli uomini che fra le donne, e notò una qualche predisposizione ad andarvi soggetta in certe famiglie. Il decorso della malattia è sempre lento. In sul principio vuolsi che possa essere arrestata mediante ampie incisioni longitudinali, ma per lo più continua finchè il dito o viene amputato o si stacca spontaneamente.

Per la singolare atrofia delle ossa che si osserva in questa malattia, appare probabile che essa dipenda da perturbamento nell'azione dei nervi trofici per causa centrale. Tuttavia, esclama l'Autore con ironia, che forse potrebbe anche chiarirsi poco giustificata: non v'è dubbio che se una porzione del dito amputato fosse capitata in mano di un abile batteriologo, egli avrebbe trovato il bacillo dell'ainhum capace di riprodurre la malattia nei conigli e nei gatti, ma solo in quelli neri e non nei bianchi!

VIII. HUN. H. (3). — **A clinical study of cerebral localization, illustrated by seven cases.** (*Studio clinico sulle localizzazioni cerebrali, con relazione di sette casi*); p. 140.

Negli ultimi anni lo studio delle localizzazioni cerebrali ha fatto notabili progressi per opera specialmente di Meynert, Gudden ed Flechsig, l'esposizione dei casi clinici relativi a quest'oggetto può tuttavia sempre giovare a gettare maggior luce su di essi, massime quando presentano qualche insolita particolarità, come quelli dei quali si occupa l'Autore.

I. *Difetto nel quadrante inferiore sinistro di ciascun campo visivo. Atrofia della metà inferiore del cuneo destro.*

Un uomo d'anni 57 da qualche tempo soffriva vertigini, accessi di *angina pectoris*, confusione di idee e finalmente un difetto visivo, per cui non scorgeva gli oggetti posti al suo lato sinistro ed un po' in basso.

(1) « Edinburg Med. Journ. », giugno 1886.

(2) « Buck's References Handbook », I, 9.

(3) Professore delle malattie del sistema nervoso nella Scuola Medica dell'Albania.

Mori improvvisamente. Il corpo fu imbalsamato, e l'autopsia non fu eseguita se non dopo tredici giorni; si potè tuttavia rilevare l'atrofia delle circonvoluzioni cerebrali nel lobo occipitale destro e precisamente nei limiti della metà inferiore del cuneo. Si notò altresì nefrite interstiziale con cisti ed ateroma delle arterie coronarie e del principio dell'aorta. Essendo un fatto assodato che le fibre ottiche terminano nella corteccia dei lobi occipitali; bisogna ammettere che la parziale cecità dipendeva dall'atrofia del cuneo, ed essa è da classificarsi fra i casi di emiampsia omonima, ed è da dedursi che le fibre dei quadranti superiori della retina, corrispondenti ai quadranti inferiori del campo visivo vanno a terminare nei cunei (1) e precisamente nella loro metà inferiore.

Da altre osservazioni pare risultare che le fibre dei quadranti inferiori della retina terminano nelle parti adjacenti alla circonvoluzione occipito-temporale mediana (2).

II. Un uomo d'anni 70, dopo alcuni attacchi di apoplessia, ebbe un indebolimento delle facoltà mentali, con emianopsia sinistra. Morì anasarcatico. All'autopsia si riscontrò nell'emisfero cerebrale destro atrofia del cuneo, delle circonvoluzioni occipito-temporale mediana e occipitale discendente, del fascicolo ottico, del pulvinare, del corpo genicolato esterno del tratto ottico e della metà destra di entrambi i nervi ottici; nell'emisfero sinistro si trovò atrofia delle circonvoluzioni temporali superiore e media ed in minor grado, delle circonvoluzioni occipitali media ed inferiore.

In questo caso l'emianopsia sinistra era evidentemente dovuta alla lesione del lobo occipitale destro, ed essa prova che le fibre di ciascuna metà destra delle retine terminano nel cuneo e nella circonvoluzione occipito-temporale mediana di destra.

All'atrofia delle circonvoluzioni temporali media e superiore sinistra sono da imputarsi altri disordini presentati dall'ammalato; segnata-

(1) Allen Starr. « Am. Journ. of Med. Sc. », vol. LXXXVII. pp. 65 e 366; e vol. LXXXVIII, p. 114.

Günther. « Zeitschrift f. klin. Med. », vol. IX, 1.

Munt. « Ueb. d. Funct. der Grosshirnrende, » Berlino, 1881.

Seguin. « Journ. of Nerv. and Ment. Disease », 1886, 1 — e « Arch. de Neurologie », 1886, 176.

Marchand. « Arch. f Ophthal. », 1882, II, 63.

(2) Heguinin e Haab. « Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. », 1882, 141.

Feré. « Arch. de Neurologie. », 1885, I, 229.

Monakow. « Arch. f. Psych. und Nervenkl. », 1885, 151.

Sequin. « Journ. Nerv. and Ment. disease. », 1856, 1.

Wilbrand. « Gräfe's Arch. f. Ophth. », 31, p. 119.

Westphal. « Arch. f. Psych. u, Nervenkz. », XI, p. 822.

Hirschberg. « Virchow's Arch. », LXV, 116.

mente l'incapacità di comprendere la parola, sebbene fossero uditi i suoni, e l'impossibilità di riconoscere l'esattezza delle parole da lui stesso pronunciate. Quando è distrutto l'intero lobo temporale o il fascio di fibre che lo mette in comunicazione colla capsula interna, avvi sordità completa (1).

III. *Paresi e ipoestesia negli arti destri, agrafia, alexia e afasia. Atrofia dei tre quarti inferiori della circonvoluzione posteriore centrale e del lobulo parietale inferiore dell'emisfero cerebrale sinistro.*

Un merciajuolo, d'anni 56, nel corso di una febbre tifoide fu colto da emiplegia e da una forma di afasia, per cui scambiava le parole, riconosceva i proprj errori, ma senza l'ajuto d'altri era incapace di correggerli; dopo due anni migliorò; ma rimase inetto a leggere e scrivere correntemente. A poco a poco cadde in uno stato di paralisi generale e morì.

I risultati dell'autopsia furono i seguenti: Dura madre aderente al cranio, chiazze opache sulla pia madre lungo il decorso dei vasi, eccesso di liquido sotto-aracnoideo sull'emisfero sinistro, specialmente presso l'estremità posteriore della scissura di Silvio, lieve atrofia di tutte le circonvoluzioni dell'emisfero sinistro e sopratutto del campo di diramazione dei rami terzo e quarto e parietale ascendente e parieto-sfenoidale dell'arteria cerebrale, media o silviana, ateromasia delle arterie della base del cervello, cuore ipertrofico e adiposo, aderenze del colon col fegato e indizj di cicatrizzazione di una perforazione probabilmente avvenuta nel corso di accessi ripetuti e prolungati di coliche biliari, aderenze pleuritiche, incipiente nefrite doppia interstiziale.

Evidentemente eravi stato embolismo o trombosi della porzione terminale dell'arteria cerebrale media sinistra. Un caso simile fu esposto da Vulpian. L'embolismo dell'arteria cerebrale media avvenne anche in questo nel corso della febbre tifoide (2).

Il caso dell'Autore concorre con altri parecchi a dimostrare erronea l'asserzione di Ferrier, dedotta da esperienze sulle scimmie, che il centro corticale visivo sia nella circonvoluzione angolare, poichè la vista non era offesa. Invece all'atrofia incompleta di tale circonvolu-

---

(1) Baumgarten. « Centralbl. f. d. med. Wiss. », 1878, p. 369.
Schweiger. « Gräfe's Arch. f. Ophth. », XXII, 276.
Mauthner. « Vorträge a. d. gesammte Gebiet d. Augenheilk. », I. 360.
Monakow. « Areh. f. Psych. und Nervenkrenkh. » XVI, 166,
Fürstner. « Ibid. », VIII, 162, e IX, 90.
Stenger. « Ibid. », XIII, 218.
Wilbrand. « Ueber Hemioncpsie. »
Westphal. « Charité Annalen. », 1882, p. 466.
(2) « Revue de Médecine. », 1884, 162.
Külm. « Deutsch. Arch. f. klin. Med. », XXXIV, 56.

zione, posta presso i centri visivo e auditivo, devonsi attribuire l'incapacità, non però assoluta, di leggere e di scrivere.

L'irregolarità, piuttosto che assoluta paralisi dei movimenti degli arti destri, si collega colla lesione non della totalità, ma di buona parte dei rispettivi centri motori. Infatti è ormai comprovato che le due circonvoluzioni centrali e l'adjacente zona corticale sono i centri corticali per i movimenti dell'opposta metà del corpo; che il centro per i movimenti del braccio comprende la parte posteriore della circonvoluzione frontale superiore, il terzo medio delle due circonvoluzioni centrali e la parte anteriore del lobulo parietale inferiore, che il centro per i movimenti della gamba è nel lobulo paracentrale, nel terzo superiore delle due circonvoluzioni centrali e nella maggior parte del lobulo parietale superiore, che infine il centro per i movimenti dei muscoli facciali risiede nel terzo medio delle due circonvoluzioni centrali e specialmente in quella anteriore. L'analisi delle lesioni e dei sintomi occorsi in questo ed altri simili casi pare induca a credere che le lesioni dei centri motori nelle porzioni anteriori alla scissura di Rolando, producono più marcata paralisi e le lesioni delle porzioni posteriori alla detta scissura cagionino piuttosto, come appunto nel caso in discorso, un'irregolarità di movimenti quasi per la perdita della memoria dell'innervazione.

L'afasia transitoria è da attribuirsi a qualche causa non permanente, come l'anemia delle fibre, che congiungono la circonvoluzione frontale inferiore col lobo temporale o colla circonvoluzione angolare, cioè coi centri corticali della memoria delle parole scritte e parlate (1). Coll'irregolarità dei movimenti eravi pure, come di solito, diminuzione della sensibilità, la quale può essere dovuta alla medesima lesione del centro corticale, come anche all'atrofia della circonvoluzione sovramarginale, poichè una lesione di questa, in un caso osservato da Cornil e citato da Wernicke, produsse non solo afasia, ma anche emianestesia (2).

(1) Mickle. « Journ. of Ment. Sc. », aprile 1885.
Hirschfelder. « Pacific Med. and Surg. Journ. », ottobre 1881.

(2) Spitz. « Deutsch. Med. Wochenschr. », aprile 1882.
Prevost e Cotard. « Études phys. et path. sur le rammolliss. cérebr. », Parigi, 1886.
Hughlinghs Jackson. « Brain. », ottobre 1882.
Sands. « Med. News. », aprile 1883.
Carson. « Am. Pract. », XV, 217.
Vetter. « Deutsch. Arch. f. klin. Med. », XXII, 421.
Broadbent. « Med. Chir. Trans. », LV e LXI.
West. « Brit. Med. Journ. », 1885, p. 1242.
Cornil. « Gaz. Med. », 1864, p. 534.
Wernicke. « Lehrb. d. Gehirsnkr. », II, 176.

IV. *Emiparesi sinistra. Convulsioni limitate al lato sinistro del corpo ed esordienti sempre dalla gamba sinistra. Endotelioma comprimente il lobulo parietale superiore destro.*

Una donna, all'età di 38 anni, cadde battendo il capo sul suolo, e dopo un anno fu presa da accessi convulsivi che incominciavano dal piede sinistro e si estendevano a tutta la gamba ed al braccio dello stesso lato, nonchè al capo, ed erano seguiti da perdita della coscienza. Gli accessi completi furono solamente sei; più frequenti furono altri accessi lievi e incompleti. Gli arti sinistri divennero più deboli dei destri e sede di dolori, che si estendevano alla metà sinistra del capo. La sensibilità era normale da entrambi i lati. I sussulti riflessi del gomito e delle coscie erano esagerati e più a sinistra; non quelli delle braccia. Le pupille ottiche erano strozzate ed edematose, le vene della retina tortuose. La percussione non riusciva particolarmente dolorosa su nessuna parte del capo.

Trascorsi circa tre anni, cadde a poco a poco in uno stato comatoso; gli arti a sinistra divennero contratti e poi si rilasciarono, e in capo a pochi giorni sopravvenne la morte.

Cinque ore dopo il decesso fu eseguita l'autopsia. Contro il seno longitudinale superiore e appena dietro l'estremità superiore della circonvoluzione centrale posteriore di destra eravi un tumore duro, ovoide del volume di una nocciuola, il quale produceva una depressione nella parte anteriore del lobulo parietale superiore sul margine della scissura longitudinale superiore. Il tumore aderiva alla dura madre, ed all'esame microscopico fu giudicato un endotelioma; esso presentava una struttura alveolare ed era composto di cellule appiattite e disposte a strati concentrici. Non si trovarono indizj di degenerazione discendente nè nel midollo spinale, nè nei tratti piramidali alla base del cranio.

I sintomi prevalenti prodotti da questo tumore furono le irradiazioni dolorose e gli accessi convulsivi. Le prime furono abbastanza intense, secondo ciò che fu comunemente osservato, che i dolori sono tanto più vivi, quanto più un neoplasma cerebrale è più vicino alla sostanza corticale. Le convulsioni unilaterali sintomatiche di lesione corticale sono conosciute col nome di epilessia di Jackson, di cui un carattere particolare si è la paresi temporanea dei muscoli che furono agitati dalle convulsioni, ed un altro quello di cominciare da quell'organo, al cui centro motore corrisponde la sede del neoplasma, come appunto succedeva nel caso esposto. Una singolarità di questo erano però gli accessi più miti, simili a quelli del piccolo male, come se l'irritazione data dal tumore, non essendovi distruzione di sostanza cerebrale determinasse al tempo stesso una scarica di impulsi motorj ed un'altra dal potere inibitore, in modo che venissero quasi a neutralizzarsi a vicenda.

La paresi poco rilevante, ma persistente anche negli intervalli fra

gli accessi, può spiegarsi tanto colla compressione trasmessa dalla sede del tumore a tutta la zona motrice, quanto coll'ipotesi più probabile, che non siavi precisa distinzione di funzioni fra i varj centri motori, ma che ciascuno di essi eserciti la sua azione più spiccata su di un solo membro, ed allo stesso tempo spieghi una certa influenza su tutta la metà del corpo.

V. *Coma senza sintomi antecedenti; tumore del lobo frontale.* — Un uomo d'anni 44 entrò nell'ospitale come affetto da anemia consecutiva ad emorragie per rottura di una varice ad una gamba. Otto anni prima egli aveva contratta la sifilide. Quattro giorni dopo il suo ingresso divenne comatoso, e il giorno successivo morì. All'autopsia si trovò un tumore della grossezza di un uovo di gallina nella parte inferiore del lobo frontale destro, verso la sua metà circondato da una stretta zona di rammollimento giallo. Il tumore era di colore oscuro, diviso da sepimenti incompleti e contenenti alcuni focolaj emorragici.

Questo caso conferma, ciò che già è noto, cioè che i tumori nei lobi frontali, che non ledono i centri motori, nè la parte superiore della circonvoluzione frontale inferiore, possono fare il loro decorso senza nessun sintoma, tranne forse qualche mal definito cangiamento di carattere.

VI. *Convulsioni, afasia, coma, morte; ascessi avanti il corpo striato sinistro.*

Questi sintomi si succedettero nello spazio di un mese in un uomo d'anni 43, antecedentemente sano. Egli ebbe in tal frattempo anche vivi dolori all'occhio sinistro ed alla tempia. Negli ultimi giorni divenne anasarcatico.

All'autopsia si trovarono due ascessi incapsulati, comunicanti, ciascuno del volume di un piccolo uovo di gallina avanti al corpo striato sinistro; la sommità dell'ascesso superiore era a livello del pavimento del ventricolo laterale. La sostanza cerebrale circostante agli ascessi era in preda a rammollimento, che invadeva la parte anteriore del corpo striato e le circonvoluzioni dell'isola di Reil.

Questo caso dimostra come si possano avere convulsioni generali dipendenti da tumori dei lobi anteriori.

VII. *Convulsioni, afasia, paralisi di una gamba, coma, morte; tumore nella sostanza midollare del lobo frontale sinistro.*

Una donna d'anni 39 fu colta da accessi epilettiformi con successivo coma della durata di due o tre ore, accessi i quali le prime volte vennero a cadere nell'epoca mestruale. Poi ebbe dolori alle tempia, specialmente al lato sinistro, vomito, paresi della gamba destra, indebolimento della vista. Morì dieci mesi dopo il primo accesso.

All'autopsia si trovò un tumore gelatinoso che occupava tutto l'interno del lobo anteriore sinistro ed era circondato da una zona di rammollimento che si estendeva al corpo striato.

Anche in questo caso si ha un esempio di convulsioni generali prodotte da tumore dei lobi anteriori.

Dal suo studio l'Autore deduce le seguenti conclusioni:

I. Nella sostanza corticale degli emisferi cerebrali si distinguono molti centri funzionali;

II. I centri sensori sono nella metà posteriore degli emisferi e nei lobi temporali; i centri motori nella porzione media e nella parte posteriore dei lobi anteriori;

III. Ogni centro sensorio si compone probabilmente di due porzioni, una più piccola, dove terminano i nervi periferici e dove succedono i cangiamenti molecolari corrispondenti alle sensazioni semplici, l'altra più grande dove si svolgono i processi mentali della memoria, dei paragoni, dei giudizi, i quali tutti insieme costituiscono una percezione completa;

IV. Ogni centro motorio contiene pure probabilmente due parti, l'una più piccola, in cui si verificano i cangiamenti molecolari corrispondenti agli impulsi volitivi, l'altra più grande dove funziona la memoria dell'innervazione muscolare coordinata;

V. Le fibre ottiche del quadrante superiore destro di ciascuna retina terminano nella metà inferiore del cuneo destro;

VI. Le fibre ottiche del quadrante destro inferiore di ciascuna retina terminano nella porzione adiacente al cuneo della circonvoluzione occipito-temporale mediana destra;

VII. La metà inferiore del cuneo e l'adiacente porzione della circonvoluzione occipito-temporale mediana formano la regione dove terminano le fibre ottiche della metà omonima della retina, la metà destra di ciascuna retina trovasi quindi rappresentata nel lobo occipitale destro e la metà sinistra nel sinistro;

VIII. Per la semplice sensazione visiva è necessaria l'attività funzionale della sostanza verticale della superficie mediana del lobo occipitale;

IX. Per la perfetta percezione e ricognizione visiva e per la memoria delle sensazioni visive è necessaria l'attività funzionale della corteccia della superficie convessa del lobo occipitale sinistro;

X. Nel lobo temporale avvi il centro corticale per l'udito e la completa distruzione di un lobo temporale e dalle fibre auditive ad esso dirette produce la sordità assoluta dell'orecchio opposto;

XI. Per la percezione e la ricognizione delle parole pronunciate è necessaria l'attività funzionale della corteccia della circonvoluzione temporale superiore sinistra, come anche per la memoria delle parole. La lesione di tale circonvoluzione produce inettitudine a comprendere le parole pronunciate ed afasia sensoriale;

XII. Per l'esercizio della memoria dell'apparenza delle parole scritte o stampate è necessaria l'attività parziale della corteccia della circonvoluzione angolare sinistra, e le sue lesioni determinano alexia ed agrafia;

XIII. La circonvoluzione angolare non fa parte del centro visivo,

se non in quanto che dalla sua attività funzionale dipende la memoria delle parole scritte o stampate;

XIV. Il centro corticale per i movimenti delle gambe comprende il lobulo paracentrale, il terzo superiore delle due circonvoluzioni centrali e la maggior parte del lobulo parietale superiore;

XV. Il centro corticale per i movimenti del braccio comprende la parte posteriore della circonvoluzione frontale superiore, il terzo medio delle due circonvoluzioni centrali e la parte anteriore del lobulo parietale inferiore;

XVI. Il centro corticale per i movimenti della faccia include il terzo inferiore delle due circonvoluzioni centrali e specialmente dell'anteriore;

XVII. Nella porzione anteriore del centro corticale, che presiede ai movimenti del braccio hanno origine le fibre motorie del braccio, e la lesione di tale regione determina completa paralisi del lato opposto. Lo stesso probabilmente deve dirsi dei centri motori delle gambe e della faccia;

XVIII. Nella porzione posteriore del centro corticale che presiede ai movimenti del braccio hanno luogo i movimenti molecolari necessari per la memoria dell'innervazione muscolare coordinata. Questa regola vale probabilmente anche per i centri corticali delle gambe e della faccia;

XIX. Non si può tracciare un'assoluta linea di separazione fra i centri motori del braccio, delle gambe e della faccia, anzi pare piuttosto che ciascun centro abbia una più o meno evidente influenza su tutti e tre questi centri;

XX. I centri corticali per la sensibilità muscolare e cutanea sono i medesimi che quelli della motilità, ma probabilmente si estendono più all'indietro sovra il lobo parietale;

XXI. La facoltà della parola non può essere localizzata in una sola porzione della sostanza corticale e l'afasia può essere prodotta da lesioni di varie parti dall'emisfero cerebrale sinistro, l'emisfero destro, a quanto pare non prende parte alla facoltà della parola se non nei mancini. La memoria dell'innervazione muscolare necessaria alla pronuncia delle parole dipende dall'attività funzionale della corteccia della circonvoluzione temporale superiore sinistra. La memoria dell'apparenza della parola scritta o stampata dipende dall'attività funzionale della circonvoluzione angolare sinistra. Questi centri sono tutti connessi mediante fibre di comunicazione. La facoltà della parola nel suo complesso dipende da tutte le parti accennate, eccettuata forse solo la circonvoluzione angolare. Secondo che è lesa l'una o l'altra di queste parti si hanno le varie forme di afasia. L'afasia motoria proviene da una lesione della circonvoluzione frontale inferiore sinistra e della sottoposta sostanza bianca; l'afasia sensoria è data da una lesione della circonvoluzione temporale superiore sinistra e forse anche dalla cir-

convoluzione angolare sinistra e l'afasia di trasmissione viene prodotta dalla lesione delle sovramenzionate fibre comunicanti.

XXII. I tumori od altre lesioni situate fuori della zona motrice negli emisferi cerebrali possono anch'essi determinare convulsioni generali con perdita della coscienza.

XXIII. I tumori od altre lesioni situati nei centri corticali motori del braccio, della gamba, della faccia possono pure cagionare convulsioni, le quali per lo più esordiscono rispettivamente dalla faccia, dalla gamba o dal braccio, possono diventare generali, sebbene il più delle volte rimangano unilaterali e possono pure essere accompagnate da perdita della coscienza.

XXIV. I tumori collocati nel centro corticale motore delle gambe possono determinare accessi simili a quelli del piccolo male.

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del Prof. S. FUBINI

1. Langendorff — *Reazione chimica della sostanza grigia del cervello.*
2. Kostiourine — *Modificazioni della sostanza corticale negli emisferi cerebrali dei vecchi.*
3. Asch e Neisser — *Eccitabilità elettrica dei varj strati della corteccia cerebrale.*
4. Brown-Séquard — *Eccitamento della circonvoluzione del corpo calloso.*
5. Frank — *Disordini motori del cervello.*
6. Lannegrace — *Disordini visivi di origine corticale.*
7. Beaunis — *Il sonnambulismo provocato.*
8. Jastrow — *Misura dei processi psichici.*
9. Novi — *La concentrazione del sangue considerata quale condizione di stimolo per il sistema nervoso centrale.*
10. Vulpian — *Persistenza di movimenti istintivi e volontarj nei pesci ossei dopo l'ablazione dei lobi cerebrali.*
11. Marchi — *Degenerazioni consecutive all' estirpazione totale o parziale del cervelletto.*
12. Brown-Séquard — *Potere inibitorio nella paralisi di causa cerebrale.*
13. Fréderieq — *Regolarizzazione della temperatura nei piccioni privati di emisferi cerebrali.*
14. Borgherini — *Sulle vie di conducibilità nella midolla spinale.*
15. Brown-Séquard — *Emisezione del midollo spinale.*
16. Kabrhel — *Innervazione dei cuori linfatici.*
17. Schiff — *Causa dei disordini della nutrizione dell' occhio dopo la sezione dei nervi del V pajo cerebrale.*
18. Quinquaud — *Azione del freddo nell' organismo animale vivo.*
19. Bowditch e Warren — *Esperienze pletismografiche sui nervi vasomotori degli arti.*
20. Brown-Séquard — *Influenza esercitata sull' encefalo dai nervi di senso e sui nervi motori dai centri nervosi.*
21. Rawa — *Riunione di nervi diversi anche di varia funzione.*
22. Vulpian — *Origine dei nervi motori del velo del palato.*
23. Fréderieq — *Eccitamento del pneumogastrico in coniglio avvelenato col CO^2.*
24. Barbacci — *Contributo sperimentale alla fisiologia del nervo laringeo superiore.*
25. Brown-Séquard — *Sensibilità della pelle alla regione cervicale.*
26. Jyes Delage — *Funzione dei canali semi circolari.*

27. Steinber — *Funzione dei canali semi circolari.*
28. Dreser — *Chimica dei bastoncini della retina.*
29. Michel — *Topografia della temperatura dell'occhio.*
30. Colasanti e Mengarini — *Il fenomeno spettrale fisiologico.*
31. Plateau — *Percezione della luce nei miriapodi ciechi.*
32. Stein — *Cataratta prodotta dai suoni.*
33. Langendorff — *Chiusura delle palpebre uni e bilaterale.*
34. Reymond — *Contributo allo studio dell'innervazione per l'accomodamento.*
35. Waller e Waymouth Reid — *La contrazione del cuore esciso nei mammiferi.*
36. Magini — *La pressione del sangue nella cavità del cuore studiata per mezzo di trequarti speciale.*
37. Filipow — *Suture nelle ferite del cuore.*
38. Magini — *Sulla eccitazione del cuore colla corrente galvanica.*
39. Spallitta — *Azione della bile sui movimenti del cuore.*
40. Cybalski — *Determinazione della velocità della corrente del sangue — Fotoematocometro.*
41. Loyd Jones — *Variazioni del peso specifico del sangue nello stato normale.*
42. Mosso A. — *Del sangue.*
43. Freund — *Coagulazione del sangue.*
44. Lasker — *Determinazione dell'emoglobina nel sangue per mezzo dell'emometro di Fleischl.*
45. Henoche — *Metodo nuovo di analisi del sangue basato sull' uso dello spettroscopio.*
46. Hamburger — *Cangiamenti dei corpuscoli del sangue nelle soluzioni.*
47. Noorden — *Succo gastrico ed alcalescenza del sangue.*
48. Hayem e Barrier — *Effetti delle trasfusioni del sangue nella testa di animali decapitati.*
49. Bikfalvi — *Valore digestivo di alcune sostanze usuali.*
50. Seliwanoff — *Sulla reazione del glucosio.*
51. Kulz — *Gaz della saliva parotidea.*
52. Andouard — *Cambiamenti dell'acido fosforico nel latte di vacca.*
53. Colin — *Sui movimenti dello stomaco.*
54. Rothschild — *Rapporto dell'acido cloridrico del succo gastrico in diversi tempi della digestione.*
55. Gluzinski — *Influenza dell' alcool sull'attività del ventricolo dell'uomo.*
56. Axenfeld — *L'acido pirogallico come reagente sul propeptone.*
57. Baum — *I cangiamenti morfologici delle cellule del fegato in riposo ed in attività funzionale.*
58. Jakubowicz — *Composizione quantitativa della bile nei neonati e nei lattanti.*
59. Oddi — *Di una speciale disposizione a sfintere allo sbocco del coledoco.*

60. Oddi — *Azione della bile sulla digestione gastrica.*
61. Bockai — *Azione dei gaz intestinali e dei componenti delle fecci sui movimenti dell'intestino.*
62. Capparelli — *Laudano liquido del Sydenham.*
63. Guenhagen — *Assorbimento di grasso ed epitelio intestinale.*
64. Aschenbrandt — *Influenza della cavità nasale nel respiro.*
65. Graziadei — *Sulla ventilazione polmonare nei sani.*
66. Aducco — *Espirazione attiva ed inspirazione passiva.*
67. Ulrich — *Contributo allo studio dell'acqua espirata.*
68. Hanriot e Richet — *Influenza delle modificazioni volontarie della respirazione sulla escrezione di acido carbonico.*
69. Gréhant — *Processo per misurare la capacità polmonare.*
70. Zunst e Berdez — *Azione dell' alcool sulla respirazione dell' uomo.*
71. Peiper — *Contributo alla perspirazione insensibile.*
72. Gréhant — *Esperienza di Priestley ripetuta sopra animali e vegetali acquatici.*
73. Marey e Demeny — *Parallelo fra il passo e la corsa.*
74. Marey — *Studio della locomozione animale colla cronofotografia.*
75. Aducco — *Contributo allo studio del tetano dei muscoli striati.*
76. Brown-Séquard — *Esperienze, che sembrano dimostrare che la rigidità cadaverica dipende da una contrazione.*
77. Zaleski — *Ferro ed emoglobina nei muscoli privi di sangue.*
78. Zossietzky — *Influenza dei movimenti muscolari nel ricambio interstiziale delle sostanze azotate.*
79. Massé — *Ricerche sopra l'irradiazione di calorico del corpo dell'uomo.*
80. Hunkel — *Sulla temperatura della pelle dell'uomo.*
81. Frédericq — *Calore e lavoro musculare.*
82. Chauveau e Kauffmann — *Il glicosio, il glicogeno e la glicogenia in rapporto alla produzione di calorico e di lavoro meccanico nell'economia animale.*
83. — *Coeficente dell' attività nutritiva e respiratoria dei muscoli in riposo ed in lavoro.*
84. — *Conseguenza della determinazione del coeficente di attività respiratoria e nutritiva dei muscoli in riposo ed in lavoro.*
85. Munk — *Teoria dei processi secretori e sintetici dei reni.*
86. Bum — *Influenza dèllo strofinamento (massaggio) sulla secrezione renale.*
87. Aducco — *Reazione dell'orina in rapporto al lavoro musculare.*
88. Sanarelli — *Assenza di acido urico e reazione alcalina dell' orina in animali carnivori.*
89. Chibret — *Influenza del regime latteo sull'escrezione dell'orina.*
90. Leo — *V'ha escrezione di tripsina per mezzo dell'orina?*
91. Posner — *Albumina nella orina normale.*
92. Duden — *Albuminuria fisiologica.*
93. Blomfied — *Albuminometro e tubi di Essbach.*

94. Raspopoff — *Influenza del lavoro intellettivo sullo scambio di materie azotate e dell'acido fosforico.*
95. Gréhant e Quinquaud — *Ricerche sui formiati introdotti nell'organismo.*
96. Colasanti — *Le reazioni della creatinina.*
97. Guareschi — *Reazione di Weyl per la creatinina.*
98. Ashdown — *Assorbimento della membrana mucosa della vescica urinaria.*
99. Bardeleben — *La ghiandola tiroidea.*
100. Dubois e Roux — *Azione anestetica del metilcloroformio.*
101. Pinet — *Azione fisiologica dell'ulexina.*
102. Mosso U. — *Azione fisiologica della cocaina.*
103. Sinighelli — *Azione fisiologica della cocaina.*
104. Weir Mitchell e Reichert — *Il veleno dei serpenti.*
105. Dubois — *Gli elateridi luminosi.*
106. Fréderieq — *Mutilazioni spontanee.*
107. D'Arsonval — *Morte per l'elettricità.*

I. Langendorff. — **Die chemische reation der grauen Substanz.** *(Reazione chimica della sostanza grigia del cervello).* In: *Zeitschrift für physiol. Chemie, X.*

In opposizione a Gscheidlen e Edinger, l'Autore vide che non solo la sostanza midollare del cervello, ma anche la sostanza corticale è alcalina. Le ricerche furono fatte sui conigli e cavie, che erano profondamente narcotizzati da cloralio ed etere, ed il confronto si faceva con pezzi di corteccia presi da animali non narcotizzati con strumenti congelati. I pezzi della corteccia dopo alcuni minuti dalla loro estirpazione si dimostrarono più acidi quanto più alta era la temperatura esterna. Quando il cervello di animale era reso anemico per dissanguamento o per la chiusura delle arterie cerebrali, la corteccia da alcalina si cangiava presto in acida. La corteccia del cervello di animale morto è acida.

La corteccia diventata acida per chiusura della corrente sanguigna, può ritornare alcalina quando il circolo viene riattivato, allora l'acidità scompare lentamente. L'acidità è processo vitale non cadaverico.

Fa eccezione il cervello dei neonati. La reazione della corteccia viva è alcalina, nè coi metodi sopra indicati si dimostra acida, ed anche dopo 24 ore al caldo ed al freddo persiste alcalina.

II. Kostiourine. — **Sur les modifications de la substance corticale des hémisphères cérébraux chez les vieillards.** (*Modificazioni della sostanza corticale negli emisferi cerebrali dei vecchi*). In: *Archives slaves de Biologie,* 1886.

Da osservazioni fatte, risulta che nella maggior parte delle cellule nervose delle circonvoluzioni cerebrali dei vecchi si ha la trasforma-

zione grassa: esse si empiono di granulazioni pigmentarie e si scavano vacuole.

Le fibre nervose si atrofizzano, diminuiscono di numero per la decomposizione della sostanza nervosa nelle piccole granulazioni nervose.

I vasi divengono ateromatosi, l'ingrossamento della parete può produrre occlusione completa di vasi.

L'atrofia delle cellule e delle fibre è accompagnata da proliferazioni del tessuto connettivo, che rimpiazza gli elementi atrofici.

Si trovano corpuscoli amiloidi nella parte periferica delle circonvoluzioni, questi corpuscoli sono meno numerosi nelle parti centrali del cervello.

L'intensità dei processi atrofici è più in rapporto col peso del cervello che coll'età dell'individuo.

III. Asch E und Neisser A. — **Untersuchung über die elektrische Erregbarkeit der verschiedenen Schichten der Grosshirnrinde.** (*Richerche sulla eccitabilità elettrica dei varj strati della corteccia del cervello*). In: *Pflüger's Archiv*. XL.

Gli Autori si prefissero di trovare nella regione motoria uno strato nella profondità della corteccia, il cui eccitamento per mezzo di corrente elettrica produca forte scossa muscolare. Questo stato si riconobbe essere nei limiti fra la sostanza bianca e grigia.

Le ricerche più esatte furono fatte sui conigli.

IV. Brown-Séquard. — **Excitation de la circonvolution du corps calleux.** (*Eccitamento della circonvoluzione del corpo calloso*). In: *Société de Biologie de Paris*, 1887.

Da tempo si sa che l'eccitamento della regione rolandica determina movimenti dal lato opposto per l'eccitamento. Tuttavia quando si eccita la circonvoluzione del corpo calloso, si producono movimenti dello stesso lato. Questi movimenti non sono costanti, ma l'Autore ebbe occasione di osservarli parecchie volte.

V. Frank — **Les troubles moteurs du cerveau** (*Disordini motori del cervello*). In: *Revue scientifique*, 1887.

La zona motoria corticale comprende nell'uomo la circonvoluzione frontale ascendente, la circonvoluzione parietale ascendente ed il lobulo paracentrale.

Le lesioni distruttive delle parti della corteccia, che coprono questa regione degli emisferi cerebrali, provocano disordini paralitici, la cui gravità e distribuzione sono in rapporto diretto coll'estensione e profondità delle lesioni corticali provocatrici.

Se le lesioni sono estese, risulta un'emiplegia totale del lato opposto del corpo, se sono limitate a parte sola della zona motoria, l'emiplegia è parziale, se sono molto limitate, la paralisi colpisce un solo arto od un solo gruppo muscolare.

VI. LANNEGRACE. — **Des troubles visuels d'origine corticale.** (*Disordini visivi di origine corticale*). In: *Association Française pour l'avancement des sciences*. Congrès de Nancy, 1886.

Lesioni del lobo occipitale producono emiambliopia laterale omonima, che pare diminuisca alla regione della macula lutea (zona sensoriale). Le lesioni ai lobi frontali, temporali, parietali producono specialmente ambliopia crociata, che si attenua verso la macula lutea. Se una lesione colpisce le due zone, la funzione dei due occhi è nel tempo stesso compromessa.

La zona sensoriale corrisponde al centro visivo di Munck. Tale regione è in rapporto per la sua parte laterale esterna colla metà esterna della retina dello stesso lato, e per la parte laterale interna colla metà interna della retina del lato opposto.

Le lesioni della zona sensoriale non disturbano nè la sensibilità generale, nè la motilità.

Per le lesioni della zona sensitivo-motoria si ha nei muscoli estrinseci dell'occhio un certo grado di paresi; nei muscoli intrinseci un po' di paresi dell'iride, del pari in certe lesioni corticali il muscolo coroideo può perdere parte del suo potere accomodatore.

La congiuntiva può perdere parte della sua sensibilità. L'occhio si fa più sporgente, rosso.

Quindi per le lesioni corticali si ha emiambliopia per la lesione della parte corticale dell'apparato ottico sensoriale.

L'ambliopia crociata avviene per lesione della parte corticale dell'apparato ottico-motorio.

VII. BEAUNIS — **Le somnambulisme provoqué.** (*Il sonnambulismo provocato*). In: *Études physiologiques et psychologiques*. Paris, 1886.

L'ipnotismo è un insieme di fenomeni nervosi, che deve essere studiato del pari degli altri argomenti fisiologici. Il sonnambulismo provocato contiene in germe una profonda rivoluzione nella fisiologia e nella psicologia centrale. Il sonnambulismo artificiale si può ottenere facilmente anche in persone non isteriche.

L'ipnotismo si può dividere in 5 gradi: sonnolenza, sonno leggiero, nel quale stadio l'individuo capisce quello, che si dice attorno, sonno profondo, nel quale stadio si è in rapporto colle persone presenti, sonno molto profondo, sonnambulismo.

Gli uomini sono influenzati quasi nella stessa proporzione delle donne, cioè il 18,8 % per gli uomini, il 19,5 % per le donne.

Il mezzo classico per avere il sonno ipnotico è la fissazione dello sguardo; i passi a distanza possono pure provocare il sonno ipnotico.

L'ipnotismo si ottiene difficilmente nei pazzi.

L'Autore, per suggestione ipnotica produsse modificazione nella frequenza dei battiti del cuore. Il rallentamento o l'acceleramento del polso seguivano immediatamente la suggestione, non vi aveva nè mo-

dificazione nelle emozioni del soggetto, nè alterazione del ritmo respiratorio; i fenomeni del polso erano subordinati all'influenza sola della suggestione. In generale si dice la volontà non avere azione diretta sulle pulsazioni del cuore, però molti fatti contraddicono tale opinione.

Non v'ha stretto legame fra l'acceleramento del polso e l'aumento della pressione sanguigna; perchè, terminato l'acceleramento, la pressione continua a mantenersi eguale di prima.

Per la suggestione ipnotica si poterono produrre rossore e congestione cutanea. Nelle condizioni ordinarie non possiamo modificare volontariamente la innervazione vasomotrice. Si trattava di far apparire un rossore persistente sopra un punto determinato del corpo. Quando la suggestione è molto forte, invece di un solo eritema si può avere congestione vera con gonfiezza della pelle.

La dimostrazione dell'influenza enorme del cervello sulle funzioni della vita organica si ha dalla respirazione per suggestione ipnotica. Per suggestione si possono eccitare le secrezioni, come l'orina, il sudore, le lagrime ed il latte.

Col dinamometro di Mathieu, l'Autore fece ricerche sopra individui sottoposti all'ipnotismo.

In generale la forza dinamometrica diminuisce durante il sonno provocato se si paragona alla forza, che avevasi prima del sonno. La forza al dinamometro aumenta dopo il risveglio più che durante il sonno. Colla suggestione si può in alcuni sonnambuli aumentare la forza dinamometrica.

Per l'esame dell'acuità uditiva, l'Autore usa l'apparecchio in islitta Dubois Reymond, i cui estremi della bobina induttrice sono in rapporto colla pila: i due estremi della bobina indotta con un telefono, che l'individuo applica al suo orecchio. Si deve avere un solo suono d'induzione alla chiusura ed apertura, ed usa perciò un interruttore a mercurio. Con speciale artifizio otteneva così un audiometro molto sensibile.

Si ha aumento dell'acuità uditiva nel sonno ipnotico al difuori di ogni suggestione ed aumento assai notevole quando v'ha suggestione.

Colla suggestione ipnotica si può aumentare l'acuità uditiva ed accelerare il tempo di reazione delle sensazioni uditive e tattili.

VIII. JASTROW. — **La mesure des processus psychiques.** (*Misura dei processi psichici*). In: *Revue scientifique*, 1886.

Ecco in quale modo l'Autore semplificò questi mezzi di ricerca. Basta avere orologio, che segni il quarto di minuto secondo, e l'operatore si sia abituato a seguirne le indagini contando mentalmente. Per i periodi di reazione semplice, dispone una serie di persone in forma di circolo, in cui ciascuna appoggi un dito sulla spalla della persona vicina. Ad un dato momento, scelto dall'operatore, una delle persone,

poggia il suo dito in modo da produrre impressione di contatto al suo vicino, questo fa lo stesso per l'altra persona e così finchè il movimento abbia fatto quattro o cinque volte il giro completo del circolo. L'operatore nota il momento della fine come il momento del principio dell'esperienza. L'apprezzazione del tempo è fatta in un quarto di secondo.

Per avere la misura del periodo di reazione di detta persona, si opera facendola partecipare prima all'esperimento, poscia escludendola, la differenza si calcola facilmente.

Per il tempo di discernimento, l'Autore si serve di giuoco di carta, con cui si fanno contare, o separare i colori e variando in molti modi l'esperimento.

Le cifre ottenute sono assai vicine di quelle, che si ricavono con processi complicati.

IX. Novi F. — **La concentrazione del sangue considerata quale condizione di stimolo per il sistema nervoso centrale.** — Firenze, 1887.

Il cloruro di sodio iujettato in soluzione al 10 % nelle vene di animali superiori determina contrazioni in tutti i muscoli del corpo allorchè esso abbia raggiunto nel sangue una concentrazione che sia circa il doppio della normale.

Esso non agisce cambiando l'emogobina in metemoglobina. La sua azione è quindi affatto diversa da quella dimostrata da Marchand per i clorati alcalini.

Gli apparati periferici muscoli e nervi, da queste condizioni del sangue, non sono influenzati, e quanto al sistema nervoso centrale, la ragione del fenomeno non va cercata nel midollo spinale, nè nel bulbo, ma solamente nel cervello.

La perdita di acqua, che subisce il cervello e specialmente la sostanza grigia, rappresenta il meccanismo, per cui il sistema nerveomuscolare viene portato ad un punto così alto di eccitazione.

Con tutta probabilità riconoscono questa causa medesima le contrazioni, che accompagnano concentrazioni analoghe, ma patologiche del sangue, ad esempio, i granchi del colera asiatico.

X. Vulpian. — **Persistance de certains phenomènes instinctifs et des mouvements volontaires chez les poissons osseux après l'ablation des lobes cérébraux.** (*Persistenza di alcuni movimenti istintivi e de' movimenti volontari nei pesci ossei dopo l'ablazione dei lobi cerebrali*). In: *Académie des Sciences de Paris*, 1886.

Ad una carpa l'Autore tolse, il 18 marzo 1886, i due lobi cerebrali; essa morì il 29 settembre 1886.

Dai primi giorni dell'operazione, fino al giorno prima della morte, non si riconobbero differenze fra questa ed altra carpa, che viveva nell'acquario.

I lobi cerebrali e la ghiandola pineale erano stati tolti e non v'era minima traccia di lavoro di rigenerazione dei lobi cerebrali. Il tessuto adiposo, che colma nello stato normale le parti della cavità cranica non occupata dall'encefalo, si era riprodotto. La parte craniale era rifatta dal lavoro di rigenerazione ossea.

Dall'esperienza fatta, l'Autore crede giusta l'opinione di Stenier, che l'istinto e la volontà, la cui sede nei batraci, rettili, uccelli e mammiferi sembra trovarsi nei lobi cerebrali, possono ancora manifestarsi nei pesci ossei dopo l'ablazione completa di questi lobuli.

XI. Marchi V. — **Sulle degenerazioni consecutive all'estirpazione totale o parziale del cervello.** (*Gazzetta degli Ospedali*, 1886).

Sopra cani operati dal prof. Luciani, l'Autore fece una serie di osservazioni, dalle quali trasse le seguenti conclusioni.

In seguito all'estirpazione totale del cervelletto, si riscontra una sclerosi diffusa, specialmente della sostanza grigia del ponte di Varolio, che circonda le piramidi, di quella delle olive inferiori, e di tutti i peduncoli cerebellari, compreso il fascio cerebellare diretto di Flechsig, senza alcuna lesione dei nuclei di origine dei nervi craniali.

In seguito di estirpazione della metà del cervelletto, sono degenerati gli stessi elementi suddetti, specialmente nella metà corrispondente alla lesione, ma in parte anche nel lato opposto. Si rileva di più, che le fibre degenerate dei peduncoli cerebellari superiori, lungi dall'incrociarsi completamente con quelle del lato sano, in parte mantengono una linea retta per perdersi in seguito nel nucleo di Stilling dello stesso lato della lesione.

Successivamente all'estirpazione del lobo medio, la degenerazione bilaterale si circoscrive a certi determinati fasci di fibre, e così al fascio cerebellare diretto, ai nastri inferiori di Reil, alle fibre arciformi ed a molte fibre de' fasci piramidali.

Infine si ha una degenerazione di parecchie fibre costituenti i nervi craniali, non che le radici anteriori del midollo spinale, sebbene i nuclei di origine dei detti nervi e le fibre, che ne emanano, sembrino esenti da alterazioni.

XII. Brown-Séquard. — **Rôle de l'inhibition dans les paralysiès de cause cérébrale.** (*Potere inibitorio nelle paralisi di causa cerebrale*). In: *Société de biologie*, 1886.

Secondo l'Autore, le lesioni superficiali o profonde del cervello o del cervelletto agiscono per semplice inibizione sul midollo spinale, di cui distruggono l'eccitabilità riflessa. Questo fatto si verifica nelle paralisi isteriche, malattie di ordine dinamico, che senza lesioni possono durare tanto tempo quanto le paralisi ordinarie.

XIII. C(RIN C. et VAN BERCEDEN A. – **Recherches sur la régulation de la température chez les pigeons privés d'hemisphères cérébraux.** (*Regolarizzazione della temperatura nei piccioni privati degli emisferi cerebrali*). In: *Travaux du laboratoire de L. Fredericq*, 1885-86.

Nei piccioni privati degli emisferi cerebrali non trovaronsi variazioni di temperatura del corpo e varianti giornaliere di temperatura. Anche il ricambio dei gaz del pari procede come nei piccioni sani.

XIV. B·RGHERINI A. — **Sulle vie di conducibilità nella midolla spinale.** (*Rivista Sperimentale di freniatria e di medicina legale.* Volume XII, 1887).

Il metodo d'indagine consistette nel produrre le ferite nell'animale con rigorosa antisepsi, valutarne le alterazioni colla scorta della necroscopia e coll'esame istologico. Gli animali si lasciavano vivere fino a completa guarigione, così si studiavano i fenomeni nel 1.° e nel 2.° periodo sperimentale.

Conducibilità dell'asse grigio spinale. — L'Autore conferma le proposizioni di Woroschiloff e di Weiss, che la sostanza grigia non contiene lunghe vie, cioè non è in grado di guidare dalla periferia al centro e viceversa gli impulsi motorj volitivi e le impressioni sensitive (dolorifiche). L'Autore insiste nel parlare solo di conducimento dell'asse grigio per tutta la sua lunghezza, non già della parziale conducibilità, di cui l'asse grigio sembra veramente capace, cioè di ricevere e di trasportare in sè per breve tratto della sua lunghezza (corte vie) sia le impressioni di senso, sia gli impulsi volitivi motorj.

Vie motorie spinali, funzione vicaria delle stesse. — Per l'Autore le vie motorie, che funzionano normalmente, hanno sede nei cordoni laterali, ma i cordoni anteriori contengono vie collaterali, che entrano poco a poco in funzione, dopo che le vie principali dei cordoni laterali sono state distrutte.

La esatta e completa recisione dei cordoni laterali porta con sè la immediata e completa paralisi degli arti posteriori, la quale sussiste quando si può credere già rimarginata la ferita del midollo; ma poco a poco si ripristina la funzione e tale ripristino proviene da parte dei cordoni anteriori: è in questi che devesi ammettere una via motoria collaterale, vicariante alla via dei cordoni laterali. Nei cordoni laterali devonsi collocare le principali vie motorie, mentre le vie vicarie dei cordoni anteriori sono capaci di sostituire le prime in modo incompleto.

La supplenza nella conducibilità motoria è data anzitutto dallo stesso cordone laterale. Dove manca l'attività dei due cordoni laterali, sottentra quella dei cordoni anteriori.

Riguardo all'azione trofica del midollo sulle fibre muscolari, l'Autore osservò che le alterazioni si manifestavano negli animali operati, in cui l'asse grigio era distrutto comprese le corna anteriori, per tutta la

loro interezza. Si iniziarono molto per tempo e crebbero progressivamente e presto, senza che fino a periodo inoltrato apparisse alcun fatto irritativo nell'interno della fibra stessa (aumento di nuclei nel sarcolemma) o fuori della medesima nel connettivo interstiziale e nei vasi.

Vie sensorie. — La sezione trasversale di un solo dei cordoni laterali non estingue la sensibilità nè al lato operato del corpo, nè all'opposto. Recisi i due cordoni laterali, si perde negli arti posteriori la sensibilità dolorifica.

Per il decorso delle vie sensorie sono molto d'ajuto gli studj delle degenerazioni progressive sistematiche di Türck.

L'Autore fece perciò due ordini di ricerche; nel primo studiò il prolungamento delle radici sensitive nei cordoni posteriori. In galline strappò lo sciatico, e l'Autore asserisce di aver potuto tracciare esattamente il cammino delle fibre del nervo sciatico nella lunghezza della midolla fino ai nuclei grigi del midollo allungato; potè in un caso osservare il nucleo grigio corrispondente al cordone di Goll, alterato. Nel secondo ordine di ricerche, l'Autore riconobbe la degenerazione ascendente nelle vie cerebellari dei cordoni laterali. L'Autore dimostrò la degenerazione delle vie cerebellari per una lesione, che non cadde in esse, il che fa supporre la via cerebellare derivare dall'asse grigio e più specialmente dalla parte posteriore dello stesso, ed in parte serve allo studio della questione sulla derivazione delle vie cerebellari dai cordoni laterali.

XV. Brown-Séquard. — **Hémisection de la moelle.** (*Emisezione del midollo spinale*). In: *Société de biologie*, 1887.

L'Autore avverte che le trasmissioni sensitive possono ancora avvenire dopo la emisezione completa del midollo, purchè questa sezione sia fatta in due punti diversi. La trasmissione avviene per vero lavoro fisiologico, perchè nel midollo spinale come nel cervello trovansi veri centri intellettivi, e la conservazione di alcune fibre basta per assicurare il passaggio della corrente.

Parlando poi dell'inibizione, dice non esservi strada particolare per l'inibizione, nel sistema nervoso tutto è in comunicazione e ogni parte può agire sopra il tutto.

Mettendo in rapporto colla teoria della dinamogenia alcuni fatti di sutura nervosa per sezione traumatica, l'Autore avverte che l'irritazione di nervi sensitivi a livello di ferita, produce cangiamenti sulla sensibilità di parti innervate. Del pari coloro, che aprono il cranio per cercare tumori, che suppongonsi causa di accessi epilettici dovrebbero arrestarsi all'incisione dei tegumenti: nelle cavie difatti si guarisce l'epilessia colla sezione cutanea della zona epileptogena o dei punti sede dell'aura.

XVI. Kabrhel. — **Studien über Innervation der Lymphherzen.** (*Studio sull'innervazione dei cuori linfatici*). In: *Wiener Jahrb*, 1886.

L'Autore vide che per evitare un arresto permanente dei cuori linfatici posteriori di rana dopo la distruzione del midollo spinale, e per vedere ricomparire il polso regolare, rapido ed attivo, conviene di non distruggere in un solo tempo il midollo spinale, ma a poco a poco.

Vide i cuori linfatici arrestarsi in diastole per eccitamento riflesso (martello di Gotz) o per la distruzione del midollo. Trovò nel midollo spinale il centro frenico dei cuori linfatici, come nel midollo allungato quello del cuore sanguigno. L'atropina non sottrae l'influenza frenica sui cuori linfatici.

Il cloralio aumenta la rapidità di pulsazione dei cuori linfatici.

XVII. Schiff. — **Sur la cause des troubles dans la nutrition de l'œil qui surviennent après la section des nerfs de la cinquième paire cérébrale.** (*Causa dei disordini della nutrizione dell'occhio dopo la sezione dei nervi del 5.° paj› cerebrale*). In: *Archives des sciences physiques et naturelles*, 1886.

Alcuni asseriscono che i tessuti dell'occhio dopo la sezione del 5.° pajo sono alterati per la dilatazione vasale, altri affermano che la flogosi, che avviene nell'occhio dipende dacchè esso è insensibile; per Schiff, l'iperemia prepara il terreno e le cause meccaniche producono alterazioni di struttura. Sezionasi il nervo in un arto, si ha iperemia neuroparalitica caratterizzata da oscillazioni, che avvengono dopo un periodo iniziale di iperemia durevole e non interrotta; ora nell'occhio avviene lo stesso al secondo giorno. La cornea non ha tendenza ad ulcerarsi se la si protegge, resterà illesa e frattanto la sensibilità è perduta.

L'iperemia neuroparalitica dell'occhio non è irritazione traumatica favorita dall'insensibilità.

Nello stato normale, il polviscolo non produce sull'occhio di cane o di coniglio le alterazioni, che si osservano dopo la sezione del trigemino quando la cornea non è protetta.

XVIII. Quinquaud Ch. E. — **De l'action du froid sur l'organisme animal vivant.** (*Azione del freddo sopra l'organismo animale vivo*). In: *Académie des Sciences de Paris*, 1887.

Facendo agire il freddo sopra animale a temperatura costante, l'Autore osservò i seguenti fenomeni: abbassando la temperatura centrale, le funzioni s'indeboliscono, i riflessi si fanno meno intensi, ma quando il calore centrale discende a 25°, e meno, si ha un aumento della eccitabilità riflessa del midollo spinale, al minimo urto si hanno sussulti e contrazioni convulsive generali; l'animale sembra essere sotto l'influenza della stricnina.

XIX. Bowditch und Warren. — **Plethysmographic experiments on the vasomotor nerves of the limbs.** (*Esperienze pletismografiche sui nervi vasomotorj degli arti*). In: *Journal of Physiol.*, VII.

Costrussero gli Autori uno strumento per studiare le funzioni vasomotrici dei nervi dell'estremità nei galli, per studiare gli effetti delle dilatazioni o degli stringimenti dei vasi nelle zampe. Per eccitare i nervi, si servivano di correnti d'induzione di determinata forza e frequenza. Il nervo sciatico si può considerare nervo, che restringe o dilata i vasi.

L'eccitamento del nervo di fresco reciso, produce ora cangiamenti di volume rapido (strettura vasale) o costrizione seguita da dilatazione od allargamento vasale lento. Il caso più frequente era lo stringimento vasale con successiva dilatazione, il semplice allargamento vasale proveniva da eccitamento di corrente debole.

Con aumentata intensità e frequenza della corrente, si hanno effetti costrittori e dilatatori.

Evidentemente si hanno due diverse fibre nervose, che allargano e restringono i vasi accanto l'une alle altre; le dilatatrici abbisognano di tempo latente più lungo delle costrittrici. In caso di stringimento massimo, si ebbe diminuzione di sangue del 48 %; per forte allargamento, aumento del 20 %.

XX. Brown-Séquard. — **Influence exercée sur l'encephale par les nerfs sensitifs et sur les nerfs moteurs par les centres nerveux.** (*Influenza esercitata sull'encefalo dai nervi di senso, e sui nervi motori dai centri nervosi*). In: *Comptes rendus de l'Académie des Sciences de Paris,* 1886.

Conclusione del suo lavoro è: che tutti i nervi motori e quasi tutte le parti eccitabili dei centri nervosi possono subire modificazioni molto notevoli nella loro eccitabilità, per l'irritazione anche poco considerevole della maggior parte del sistema nervoso.

XXI. Rawa. — **Ueber das Zusammenwachsen der Nerven verschiedener Bestimmung und verschiedener Functionen.** (*Riunione di nervi diversi ed anche di varia funzione*). In: *Archiv für Anat. und Physiologie,* 1886.

In conigli, gatti, cani, majali giovani, l'Autore unì l'estremo periferico del nervo peroneo coll'estremo centrale del nervo tibiale posteriore e viceversa. Questi nervi hanno la stessa funzione, ma si distribuiscono a parti differenti, così il tibiale posteriore va ai flessorj, il peroneo agli estensorj della zampa.

Quando l'estremo centrale del flessore (tibiale) si salda all'estremo periferico dell'estensore (peroneo), la funzione degli estensorj si ristabilisce dopo tempo lungo, l'estensione della zampa si opera per intermedio dell'estremo centrale del nervo flessore e forse per l'intermedio dei centri nervosi, che presiedono la flessione.

Del pari l'estensore (peroneo) saldato all'estremo periferico del flessore, può innervare i flessori.

V'hanno ulceri alle zampe per le sezioni dei nervi tibiali posteriori e peronei.

Riunione dei nervi a funzione distinta. — L'Autore unì l'estremo periferico dell'ipoglosso coll'estremo centrale del pneumogastrico. Eccitando il vago, si hanno contrazioni nei muscoli della lingua. Quando riescì l'operazione, l'Autore recide l'ipoglosso dell'altro lato. Ora si sa che per la sezione dei due ipoglossi, la lingua è del tutto paralitica e gli animali muojono di fame. Nulla di simile avviene qui, l'animale continua a vivere ed a muovere la metà della lingua innervata dal vago-ipoglosso. La superficie della metà paralitica per la sezione semplice dell'ipoglosso, mostra dopo certo tempo delle escoriazioni ulcerose.

Nelle capre fece l'unione dell'estremo centrale dell'ipoglosso coll'estremo periferico del vago. Eccitando l'ipoglosso vago sopra il punto di sutura, si ha rallentamento od arresto del cuore.

XXII. Vulpian. — **Sur l'origine des nerfs moteurs du voile du palais chez le chien.** (*Origine dei nervi motorj del velo del palato nel cane*). In: *Académie des Sciences de Paris,* 1886.

Nel cane e nel cavallo nessuna fibra dei nervi motorj del velo del palato proviene dal nervo facciale.

L'origine principale delle fibre nervose motrici del velo del palato nel cane è ne' filamenti delle radici inferiori del nervo vago, e nel filamento della radice superiore dei nervi spinali. Forse questi varj filamenti radicali appartengono ai nervi spinali od accessorj del Willis.

XXIII. Fredericq L. — **Excitation du pneumogastrique chez le lapin empoisonné par CO^2.** (*Eccitamento del pneumogastrico in coniglio avvelenato col CO^2*). In: *Travaux du laboratoire*, 1885-86. Gand, 1886.

L'Autore trovò nei conigli, che avevano debolezza del respiro per l'avvelenamento con CO^2, che l'eccitamento del tronco centrale del vago produceva azione frenica rapida.

XXIV. Barbacci O. — **Contributo sperimentale alla fisiologia del nervo laringeo.** (*Gazzetta degli Ospedali*, 1887).

L'Autore, dalle sue conclusioni trae le seguenti notizie: Turck, Steiner, Heidelberg ed Exner, dissero che tagliando i due nervi laringei superiore ed inferiore non si ottiene degenerazione del muscolo crico-tiroideo; per spiegare questo, l'Exner chiama in azione il laringeo medio, la cui azione portò tale degenerazione. L'Autore sezionò il laringeo superiore di un lato e vide mancare lesioni degenerative nel cricotiroideo, oppure quando si eccitò il laringeo superiore si vede il crico tiroideo contrarsi in tutta la massa muscolare. Quindi forse l'in-

fluenza trofica non viene a questo muscolo dal suo stesso nervo motore siccome avviene in generale, ed il laringeo mediano descritto dall'Exner non riveste insieme a funzione sensitiva una funzione trofica, che si spiega sulle fibre del muscolo crico-tiroideo. Non è d'altronde strano che un nervo sensitivo contenga fibre trofiche, ma è fatto eccezionale che un muscolo riceva la sua innervazione trofica da sorgente distinta da quella, da cui gli viene innervazione motoria.

XXV. Brown-Séquard. — **Sensibilité de la peau de la région cervicale.** (*Sensibilità della pelle alla regione cervicale*). In: *Académie des Sciences de Paris,* 1887.

L'incisione di parte poco grande della pelle della regione cervicale può distruggere presto la sensibilità della metà anteriore del collo nella sua grossezza, sicchè dopo la sezione della pelle, l'individuo che tenta suicidarsi tagliandosi la gola, può continuare il suo tentativo senza dolore.

La pelle del collo ed il laringe hanno la proprietà, sotto irritazione meccanica rapida, di fare scomparire presto le grandi funzioni dei centri nervosi come respirazione e circolazione.

Così si può morire per un *choc* nervoso, non per asfissia da coloro, che subirono impiccagione, mentre ancora toccavano il suolo colle ginocchia o coi piedi, senza che sia interrotto il passaggio dell'aria nel laringe e trachea.

XXVI. Yves Delage. — **Sur la fonction des canaux demi-circulaires de l'oreille interne.** (*Funzione dei canali semicircolari*). In: *Académie des Sciences de Paris,* 1886.

Secondo l'Autore, i canali semicircolari o l'otricolo, non sono l'organo speciale delle sensazioni di traslazione; non ci rappresentano lo spazio colle sue tre dimensioni, non comandano i movimenti riflessi provocati dalle impressioni uditive, non formano un senso della direzione, che ci permetta trovare ad ogni istante la direzione del punto di partenza.

Non ci danno notizie sull'orientazione della testa. La loro funzione talora sensitiva ed eccitomotrice, è di avvisarci sui movimenti di rotazione della nostra testa sia sola, sia col corpo e di provocare per via riflessa i movimenti degli occhi, compensatori di quelli della testa, e le contrazioni muscolari, che producono necessarie correzioni per assicurare il nostro equilibrio e la precisione dei nostri movimenti generali.

XXVII. Steinher. — **Fonctions des canaux semi-circulaires.** (*Funzioni dei canali semicircolari*). In: *Acad des Sciences de Paris*, 1887.

L'esportazione dei canali e le loro ampolle negli squali non produsse modificazione ne' movimenti.

Tagliando gli otocisti in alcune specie di crostacei non si ha disordine di movimento.

XXVIII. Dreser. — **Zur Chemie der Netzhautstäbchen.** (*Chimica dei bastoncini della retina*). In: *Zeitschrift für Biologie,* XXII.

La purpura visiva è resistente ai mezzi ossidanti (ozono, iperossido d'idrogeno neutro).

Il colore nero dovuto all'acido iperosmico nei preparati microscopici viene poi tolto per il trattamento coll'iperossido d'idrogeno; si elimina nella retina della rana accanto alla porpora il mieloide. Coi due processi si riconosce che la porpora resta intatta, che l'acido iperosmico solo può imbianchire la porpora visiva e decomporla. Come l'acido iperosmico, si comporta il permanganato di potassa, mentre nella soluzione concentrata di clorato, iperclorato ed iperiodato alcalino il corpo rimane illeso. La purpura resta inattaccata dalla soluzione di clorato di potassa; è decomposta dal jodio libero.

La pilocarpina accellera la rigenerazione della porpora visiva nella rana, l'atropina è senza influenza.

La massa principale dell'articolazione esterna dei bastoncini nella rana si colora intensamente coll'acido osmico. La mieloide non è lecitina, con probabilità è vitellina e questo si prova anche per la sua solubilità in soluzione salata concentrata. Anche la vitellina pura secca, prende coll'acido iperosmico colore oscuro, che si toglie per l'aggiunta di iperossido d'idrogeno.

XXIX. Michel. — **Topographie de la temperature de l'œil.** (*Topografia della temperatura dell'occhio*). In: *Revue générale d'ophtalmologie,* 1887.

Per ottenere la temperatura dell'occhio, l'Autore usa un apparato termoelettrico. Uno degli aghi era mantenuto a temperatura costante nell'acqua mentre l'altro si poneva nell'occhio dell'animale, che si esaminava (coniglio). La temperatura del corpo era da 38°,5 a 38°,9, quella del mezzo della camera anteriore di 31°,9, del mezzo del vitreo e del cristallino 36°,1. Nella camera anteriore la temperatura abbassava da 1° a $^1/_{10}$ di grado se l'apice dell'ago era vicino alla cornea, aumentava se l'apice era vicino all'iride.

Nel vitreo la temperatura aumentava mano a mano che l'ago si avvicinava alle pareti del globo, ed eguagliava la temperatura del corpo se l'ago era in contatto esatto colla superficie interna degli involucri dell'occhio.

La chiusura delle palpebre aumenta di 2°-3° la temperatura della camera anteriore, la quale al contrario abbassa dopo mezzo minuto di 13° a 15° se si applica sull'occhio vescica di ghiaccio.

Michel già dimostrò nel 1882 che l'applicazione di vescica di ghiaccio sopra l'occhio di giovane gatto, sviluppa in poco tempo una cateratta totale, che scompare presto quando si toglie il ghiaccio.

XXX. Colasanti e Mengarini. — **Il fenomeno spettrale fisiologico.** (*Accademia dei Lincei*, 1885-86).

Boll, volendo sperimentare l'azione della luce monocromatica sulla porpora visiva, si avvide che ricevendo sull'occhio i colori di uno spettro puro ed intenso, situandosi a 4,05 metri dal prisma, accomodando la visione a distanza infinita e dirigendo l'asse visivo sul prolungamento del raggio osservato, si osserva un brillantissimo fenomeno detto fenomeno spettrale fisiologico. Egli è fenomeno soggettivo della visione proveniente dalla macula lutea.

Caratteristica di questo fenomeno endottico si è che i punti luminosi sono fermi nello spazio; occupano sempre la stessa posizione relativa, riproducono costantemente la medesima figura.

Individui affetti da daltonismo vedono ed apprezzano come individui sani il fenomeno nelle sue particolarità, lucentezza dei punti, diametro dell'aureola, salvo il non percepire il colore, per il quale sono ciechi.

Gli Autori, procuratisi uno spettro solare con luce possibilmente pura monocromatica, studiarono il fenomeno spettrale fisiologico nelle varie regioni dello spettro solare e ricavarono le seguenti conclusioni:

I valori angolari, sotto i quali si percepisce tale fenomeno seguono costantemente lo stesso andamento, crescono dal rosso fino ad una zona posta fra le righe D. ed E. di Fraunhofer, e da questa diminuiscono verso il violetto.

Ogni serie presenta un massimo, ma la posizione di questo massimo oscilla fra le lunghezze di onde $0^{mm.},000,545$ e $0^{mm.},000,580$. Il valore assoluto dei massimi è diverso da serie a serie di giorni diversi, e fra serie e serie dello stesso giorno.

I confronti fra giorno e giorno non si possono fare con grande sicurezza, però gli Autori possono asserire che le variazioni riscontrate nei massimi raggiungono il 29 %.

Sembra che esista una relazione fra la grandezza apparente del fenomeno, la forma della curva e la quantità e qualità di luce mandata dal sole, a seconda dei varj assorbimenti prodotti dall'atmosfera.

Alterando la visione con l'uso della santonina, non si cambia sensibilmente l'apprezzamento del fenomeno, quindi le variazioni non si possono attribuire a causa soggettiva. Con lampada elettrica Soleil si osservò che il fenomeno spettrale segue esattamente l'andamento senza saltuarie variazioni.

XXXI. Plateau. — **Recherches sur la perception de la lumière par les myriapodes aveugles.** (*Percezione della luce nei miriapodi ciechi*). In: *Journal de l'anatomie et de la physiologie normale et pathologique*, 1886.

I miriapodi chilopodi ciechi percepiscono la luce del giorno e sanno distinguere la luce dalle tenebre.

Nei miriapodi chilopodi, che hanno gli occhi ed in quelli, che ne

sono privi, occorre in generale un tempo lungo perchè questi animali si accorgano d'essere passati dall'oscurità relativa o completa alla luce del giorno.

La durata di questo periodo latente non è maggiore nei miriapodi ciechi che in quelli, che non lo sono.

Per la lentezza, colla quale si fa la percezione della luce, avviene che quando uno spazio oscuro è di debole estensione rapporto alla superficie illuminata, i miriapodi ciechi quantunque sensibili alla luce, traversano questo spazio oscuro senza accorgersene e non sanno ritrovarlo quando l'hanno sorpassato.

XXXII. STEIN — **Staar durch Töne erzeugt.** (*Cateratta prodotta dai suoni*). In: *Centralblatt für praktis. Augenheilk*, 1887.

Si pongono giovani cavie in una cassa, dove si abbia un diapason elettrico in movimento; in queste condizioni gli animali non stanno in riposo, gridano, le pupille stanno per alcune ore dilatate, il fondo dell'occhio diviene iperemico. Dopo 12-48 ore che continuano i movimenti del diapason, si manifesta intorbidamento della lente. Nelle cavie adulte non si veggono tali alterazioni del cristallino.

XXXIII. LANGENDORFF. — **Ueber einseitigen und doppelseitigen Lidschluss.** (*Chiusura delle palpebre uni e bilaterale*). In: *Archiv. für Anat. und Physiologie*, 1887.

Nell'uomo il riflesso dell'ammiccare è duplice, nel coniglio è unilaterale. Nel coniglio anche per eccitamento elettrico della corteccia cerebrale si ha chiusura delle palpebre d'un lato in senso incrociato, con forte corrente si ha dai due lati.

XXXIV. REYMOND. — **Contribuzione allo studio dell'innervazione per l'accomodamento.** (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, 1887).

Fra i movimenti della pupilla dipendenti dal 3.° pajo e l'accomodamento, esiste per l'ordinario simultaneità d'azione, non sinergia assoluta.

Se lo sforzo di accomodamento si associa allo stringimento della pupilla, questo può variare per effetto di un'illuminazione più o meno intensa, tuttochè l'accomodamento si mantenga invariabile. Nel campo patologico v'hanno paralisi di accomodamento con conservazione dei movimenti della pupilla, o midriasi ed immobilità della pupilla senza paralisi di accomodamento.

Le paralisi del 3.° pajo a sede centrale possono interessare isolatamente i fascetti iridei od i fascetti accomodativi.

Allo stato fisiologico le due pupille si restringono in modo sinergico, il ritardo del moto consensuale non ritarda questa legge.

Ogni variazione di accomodamento di un occhio, si associa necessa-

riamente con variazione eguale nell'altro occhio. Questo fatto ammesso da Dondes, Hering è constatato da Snellen e Woinow.

La sinergia fisiologica d'azione de' fascetti iridei dei due lati, fra di loro non esclude che i fascetti iridei di un lato possono essere paralizzati, conservandosi intatta l'azione dei fascetti iridei dell'altro lato.

Lo stesso può accadere per i fascetti accomodativi.

È osservazione volgare che nell'amaurosi unilaterale l'impressione luminosa dell'occhio sano provochi la miosi dell'occhio sano e dell'amaurotico. Esistono circostanze, in cui una paralisi centrale unilaterale dei fascetti accomodativi si manifesti solo coll'impossibilità di accomodare direttamente dietro impressioni ricevute dall'occhio corrispondente al lato affetto, conservandosi intatta l'azione sinergica dell'accomodamento per l'occhio affetto, quando l'impulso accomodativo gli è trasmesso dall'occhio corrispondente al lato sano.

XXXV. Waller A. et Waymouth Reid. — **La contracture du cœur excisé chez les mammifères.** (*La contrazione del cuore esciso nei mammiferi*). In: *Academie des sciences de Paris*, 1887.

Del pari che nel cuore di rana, nel cuore dei mammiferi si vede il passaggio dell'onda eccitatrice come varietà difasica. — Questa nella rana non è che l'espressione di una vera onda di contrazione musculare. Ma mentre nella rana la contrazione del cuore procede dalla base alla punta, nei mammiferi la contrazione è monofasica dopo l'escissione del cuore e non diviene difasica che più tardi. Le contrazioni del cuore, esciso nei mammiferi, possono avere grandissima durata, fino a 10", durata che varia secondo la temperatura.

XXXVI. Magini I. — **La pression du sang dans les cavités du cœur étudiée au moyen d'un trocart spécial.** (*La pressione del sangue nella cavita del cuore studiata per mezzo di trequarti speciale*). In: *Archives italiennes du biologie*, 1886.

Le sonde cardiache di Chauveau e Marey per misurare la pressione del sangue nella cavità del cuore, esigono atto operativo assai lungo e difficile, e danno dei valori manometrici e grafici dubbi.

La cannula di Pick e quella di Colin conducono a risultati erronei.

L'Autore preferisce il trequarti cardiometrico per la facilità della applicazione, per la semplicità e rapidità dell'atto operativo, perchè la sola ferita dell'animale è quella prodotta dal trequarti, perchè la cardiocentesi dà risultati costanti — perchè l'influenza respiratoria sulla pressione mostra nelle grafiche grande regolarità.

Il lavoro meccanico del cuore è molto più elevato di quello finora fissato.

XXXVII. Filipow. — **Sur les sutures dans les plaies du cœur.** (*Suture nelle ferite del cuore*). In *Archives slaves de Biologie,* 1886.

Le ferite del cuore fatte con trequarti fino o con un ago, sono bene sopportate.

La guarigione può ottenersi per sutura fatta in tempo.

I cani sopportano bene l'apertura del pericardio.

Le ferite dei grossi vasi sono fatalmente mortali.

XXXVIII. Magini. — **Sulla eccitazione del cuore colla corrente galvanica.** (*Accademia medica di Roma,* 1886-87).

Il cuore si comporta diversamente dagli altri muscoli rispetto alla corrente galvanica, non solo perchè durante il passaggio di questa il cuore seguita a contrarsi, anzi si contrae nell'unità di tempo un maggior numero di volte che nello stato ordinario, ma anche perchè il suo modo di comportarsi all'atto dell'apertura e della chiusura della corrente costante è tutto speciale del muscolo cardiaco.

XXXIX. Spallitta F. — **Azione della bile sui movimenti del cuore.** (*Archivio per le scienze mediche.* Vol. XI, N. 5).

L'Autore dalle sue ricerche sperimentali deduce le seguenti conclusioni:

Che la bile e gli acidi biliari diminuiscono le contrazioni cardiache nè per dissoluzione dei globuli sanguigni, come credette il Röhrig, o per la produzione di coaguli sanguigni in vicinanza del cuore, come aveva sostenuto il Ranke, nè per diminuzione di contrattilità muscolare, come avevano creduto di dimostrare il Feltz e il Ritther; ma per una azione speciale, che spiegano gli acidi biliari sui *gangli proprii del cuore, o sulle fibre nervose del cuore stesso.*

I sali biliari arrestando i movimenti del cuore, potrebbero spiegare la loro influenza o paralizzando le fibre acceleratrici, o eccitando le inibitrici. La prima ipotesi è contraddetta dal fatto sperimentale verificato dall'Autore che l'atropina (la quale in base alla esperienza di Schiff aumenta le pulsazioni del cuore perchè distrugge le fibre inibitrici, e quindi lascia prevalere l'azione delle acceleratici) neutralizza l'azione della bile prolungando le contrazioni cardiache.

I sali biliari invece eccitano le *fibre inibitrici* sino a produrre l'arresto completo del cuore e l'aggiunta dall'atropina, neutralizzando l'azione della bile, prolunga così i movimenti cardiaci. (Vedi Corradi A. Bouillaud ed il polso dell'itterizia. In: *Ann. un. Med.*, 1885, V. CCLXXXIII).

XL. Cybulski. — **Die Bestimnung der Sromgeschwindigkeit des Blutes: Photohämotochometer.** (*Determinazioni della velocità della corrente del sangue. Fotoematocometro*). In: *Archiv für die ges, Physiologie* XXXVII.

L'Autore si serve di apparecchio basato sul principio dei tubi di Pitot.

Un piccolo tubo saldato ad angolo retto è intercalato sulla corrente del liquido, cioè fra i due estremi di arteria a traverso. Sopra questi tubi in L sono saldati lateralmente due tubi, che comunicano con due manometri.

Il liquido si eleva alla stessa altezza nei due manometri, mentre il liquido è in riposo; quando v'ha corrente, la colonna si eleva sul piccolo manometro più alto che nel secondo. V' ha rapporto fra la velocità della corrente e la differenza di livello dei due manometri.

Per diminuire l'ampiezza delle escurzioni delle colonne del liquido, i manometri non si aprono all'aria libera, ma sono chiusi in alto e comunicano fra loro in alto.

Si ha così rappresentazione grafica delle variazioni di livello nei due tubi manometrici, fotografando nello stesso tempo l'ombra projettata dalle due colonne di liquido in moto sopra carta sensibile alla gelatina di bromuro, animata di moto di traslazione rapida ed uniforme.

XLI. Loyd Jones. — **Variazioni del peso specifico del sangue nello stato normale.** (*Journal of Physiology*, 1887).

Roy per lo studio del peso specifico del sangue ne introduceva una goccia ricavata colla siringa ipodermica in miscela di glicerina ed acqua di peso specifico noto, ed osservava se il sangue tende a salire o discendere nella soluzione.

L'Autore si serve di sottile pipetta di vetro con la punta piegata ad angolo retto; portata la punta a contatto del sangue, piccola quantità di questo penetra nel tubo, ed immersa poi la punta nella miscela di glicerina ed acqua di peso specifico noto, il sangue esce in direzione orizzontale e si può così conoscere se ha tendenza a salire od a discendere nel liquido.

Il peso specifico dell'uomo è più elevato che nella donna; nel periodo di gestazione il peso specifico è minore.

È eguale il peso specifico nei due sessi agli estremi di esistenza.

La dieta mista produce diminuzione del peso specifico del sangue. L'esercizio muscolare modico produce abbassamento del peso specifico, se forte, il peso specifico cresce.

Nelle varie ore della giornata il sangue ha minore peso specifico nel giorno, maggiore di notte.

XLII. Mosso. — **Del sangue.** (*Rendiconto accademico dei Lincei*, 1887).

Sotto questo nome riassumiamo sei note dell'Autore sopra uno dei capitoli più importanti e controversi della fisiopatologia.

Nel sangue normale trovansi corpuscoli rossi, che si alterano facilmente ed altri più resistenti.

Nei corpuscoli rossi si può distinguere uno scheletro o trama, che si mette in evidenza colla digestione e colla macerazione. Fra l'involucro esterno del corpuscolo e la parte nucleare nei mammiferi si ha

una parte corticale fatta da due sostanze, che si comportano tra loro e formano sostanza omogenea, ma alterandosi il corpuscolo, si separano e l'una è trasparente, l'altra è gialla per emoglobina. L'emoglobina può cristallizzare dentro ai corpuscoli, quindi sui vertebrati superiori dentro al corpuscolo si ha sostanza analoga ai corpi albuminosi, che può cristallizzare senza che il corpuscolo perda la sua forma.

Per vedere il nucleo dei corpuscoli rossi di mammiferi usò soluzione di cloruro sodico 0,75 per 100 colorata con violetto di metile 1:5000 —, eosina alcalina 1-2 per 100 nel NaCl, 0,60 per 100, od il verde di metil 1 per 100.

Tranne che nel siero di sangue dello stesso animale, negli altri liquidi si alterano presto.

È principio del disfacimento dei corpuscoli la forma nei corpuscoli rossi di mammiferi di un disco biconcavo.

L'alterazioni dei corpuscoli provengono per il contatto col vetro od altri corpi. Le azioni meccaniche più leggiere fanno impallidire i corpuscoli, scoprono i loro nuclei.

Gli ematoblasti di Hayem e le piastrine di Bizzozzero sono i nuclei dei corpuscoli sanguigni, che talvolta sono circondati dei frammenti o frangie della parte corticale. Le piastrine sono prodotte da alterazioni dei corpuscoli rossi. Nelle ricerche di Afanassiew e di Fusari invece di studiare le piastrine si ha misurato la resistenza dei corpuscoli rossi nelle varie malattie.

L'Autore nelle sue ricerche esamina il sangue con soluzioni 3 per 100 di cloruro sodico e 1:5000 di violetto di metile. Se il sangue non è molto resistente, in poco tempo si alterano molti corpuscoli rossi, i nuclei si colorano di violetto.

Per il grado di resistenza del sangue, si titola la soluzione di cloruro di sodio, in cui si scioglie il maggior numero di corpuscoli rossi. Si preparano boccette con soluzioni di cloruro di sodio successivamente degradanti da 0,76 per 100 fino a 40 per 100. Si fa puntura nella pelle e con pipetta si aspira sangue, che si versa in tubo di assaggio, che ha 20 c.c. di soluzione titolata di cloruro sodico. Si può così trovare il grado di concentrazione, in cui il sangue non si scioglie tutto ed il liquido è opalescente, mentre in tubo vicino, tutti i corpuscoli sono sciolti ed il sangue è trasparente.

Gli animali digiuni hanno sangue più resistente.

Gli uccelli hanno i corpuscoli più resistenti.

Secondo l'Autore i corpuscoli rossi sono il fattore il più importante della coagulazione del sangue. La cotenna non si produce solo quando il sangue coagula lentamente.

Dissanguando un cane dalle arterie, aumenta successivamente la rapidità del coagulo, sicchè le ultime porzioni di sangue coagulano più rapidamente delle prime.

La coagulazione è più rapida nelle prime 2-3 ore dopo la morte,

perchè tutti i corpuscoli subiscono prima le alterazioni cadaveriche, che li rendono meno resistenti. V'ha selezione dentro ai grossi vasi venosi ed al cuore. Il digiuno prolungato rende il sangue meno coagulabile.

Negli animali, in cui il sangue non coagula che dopo 18-48 ore, e col sangue non coagulabile di cavalli si può produrre la coagulazione con varii metodi, che distruggono molti corpuscoli rossi, e sono aggiunta di volume eguale di acqua, agitazione del sangue con pallini di piombo o con mercurio, facendo scorrere il sangue per le pareti di imbuto, trattandolo col vuoto della macchina pneumatica, o colla corrente di acido carbonico.

Metodo semplice per la selezione del sangue era quello di sbatterlo, colla defibrinazione si levano i corpuscoli rossi più alterabili che producono coagulazioni. Infatti il sangue sbattuto è più resistente alla coagulazione.

Prima che il sangue coaguli, i corpuscoli rossi divengono biconcavi, irregolari, spinosi, si gonfiano, impallidiscono.

Nel sangue, che non coagula spontaneamente, mancano i corpuscoli rossi spinosi e quando appajono abbondanti si ha la coagulazione.

I corpuscoli rossi per coagulazione del sangue si trasformano in bianchi.

La dottrina del coagulo di Schmidt poggia sull'ipotesi di un fermento, che è negato dall'Autore, oppure è fermento diverso dagli altri, perchè si consuma presto e deve essere in grande quantità.

La sostanza colorata non basta per produrre il coagulo, non devono disfarsi i corpuscoli rossi.

Mantegazza, Schmidt credono la coagulazione essere prodotta dai corpuscoli bianchi. Raccolse tali corpuscoli da ascessi sui conigli e cani. Il liquido, che sta sopra il pus naturale od allungato con volume eguale di NaCl. 0,6 per 100 produce presto coagulo con 1-3 volumi di sangue. Injettando tale liquido nelle vene di un cane, succede la morte, ed il sangue è meno coagulabile, la morte avviene per embolia dei polmoni.

L'alterazione dei corpuscoli rossi, che mette in evidenza il loro nucleo, non è la sola che si produca nella coagulazione.

Arrestando la circolazione del sangue in un vaso per mezzo di due legature, si arriva a rintracciare le piccole alterazioni nel disfacimento del corpuscolo.

Nel sangue si trovano corpuscoli resistenti, che non si alterano, altri invece fragilissimi si alterano, si distruggono facilmente.

Alterazione più caratteristica è quella detta degenerazione jalina, per cui si ha strato gelatinoso, trasparente attorno al corpuscolo.

Alterazioni non meno gravi succedono nel sangue quando si tiene un preparato per molte ore di seguito sotto il microscopio. Corpuscoli rossi tenuti per 2 ore nel cloruro sodico 0,75 per 100 si scoloriscono, si gonfiano, mostrano all'interno od alla superficie delle masse globose,

che accennano alla formazione di 4-5 nuclei, poi si hanno granulazioni scure, ed alla periferia appare un cerchio di sostanza jalina; la maggior parte dei corpuscoli rossi si fanno invisibili, i leucociti si alterano, scompajono.

Per usare le maggiori precauzioni nell'esame del sangue l'Autore metteva soluzione di NaCl 0,75 nel sito, dove si voleva fare la puntura, e sul porta oggetti prima depositava soluzione di cloruro di sodio.

L'eosina fa gonfiare i nuclei e la parte corticale del corpuscolo si assottiglia presto.

Il gonfiamento dei corpuscoli coll'eosina non è fenomeno vitale.

Anche nei mammiferi i corpuscoli rossi hanno parte attiva nella formazione del coagulo. Secondo l'Autore, la coagulazione del sangue nei mammiferi è causata dal disfacimento dei corpuscoli rossi.

Nella nota riferibile ai leucociti derivati dai corpuscoli rossi del sangue, l'Autore divide i leucociti degli uccelli in quelli a granuli grossi ed in granuli piccoli. I leucociti a granuli grossi, che non si lasciano colorire facilmente colla eosina o col verde di metile contengono uno o più nuclei rotondi. Le protuberanze, i punti scuri o lucenti, che si trovano alla superficie dei leucociti alla temperatura ordinaria eseguiscono movimenti. Frammezzo ai corpuscoli grandi si hanno dei piccoli oscuri, dotati di grande moto vibratorio. Alle volte queste granulazioni, dopo il loro movimento, si staccano, si diffondono attorno nel liquido continuando a muoversi come fili nodosi e granuli dotati di movimento browiano.

Leucociti a granuli fissi e sacchi nucleari: i nuclei dei corpuscoli rossi danno origine a leucociti finamente granulosi. Comprimendo leggermente il vetrino di preparati di sangue normale, tosto appajono molti di questi nuclei. È facile vedere formarsi leucociti a granuli fini, che hanno ancora intorno la sostanza corticale del corpuscolo rosso primitivo. Talvolta il nucleo è ancora giallognolo, ma il colore va perdendosi ed il corpuscolo diviene pure rifrangente e finamente granelloso. I leucociti dell'uomo, secondo l'Autore, non sono cellule speciali, ma sono corpuscoli rossi degenerati.

I leucociti non sono forme giovani e protoplasmatiche e la dimostrazione è data dallo studio dei movimenti dei nuclei e dei leucociti quando si esaminano alla temperatura di 38°-40°. I movimenti dei leucociti che furono fino ad ora considérati espressione di vita esuberante, sono invece l'espressione della morte e del disfacimento. Il corpuscolo di sangue, che si muove, dice l'Autore, non è una giovine cellula, che cresce, ma una cellula che muore.

Il pus si forma dai corpuscoli rossi del sangue. I corpuscoli bianchi già nell'atto stesso, in cui appajono fuori dei vasi, sono corpuscoli rossi alterati, i corpuscoli rossi meno resistenti si trasformano in leucociti dopo che uscirono dai vasi ed i corpuscoli rossi meno alterati

si conservano tali per tempo più o meno lungo fuori dei vasi sanguigni.

Ripetendo l'esperimento di Cohnheim, riconobbe che si produce un numero considerevole di leucociti, che prima non esistevano nel sangue di rana e che sono prodotti artificiali dell'esperimento.

L'Autore lavorando col tavolino di Thoma riconobbe nel mesentere di cane che il fatto fondamentale, quando diminuisce la tonicità dei vasi sanguigni ed incomincia l'inflammazione, si è l'uscita dei corpuscoli rossi, non quella dei leucociti. Il fatto fondamentale osservato dall'Autore fu la formazione delle ecchimosi e l'uscita dei corpuscoli rossi dai vasi sanguigni.

L'Autore nega che i leucociti pei loro movimenti possano escire con maggior facilità dai vasi sanguigni perchè i corpuscoli rossi sortono in numero maggiore.

La dottrina della trasformazione dei corpuscoli rossi in leucociti, trovò conferma nella patologia della suppurazione. Nel pus giovane del cane abbondano i corpuscoli rossi ancora intatti. La forma dei corpuscoli jalini è quella, che predomina e si riconosce che sono corpuscoli rossi alterati.

Col microscopio si può quasi stabilire l'età dei corpuscoli del pus perchè vi è una serie di forme, che derivano l'una dall'altra.

I corpuscoli del pus più giovani sono quelli, che rassomigliano ai leucociti, i più vecchi sono i corpuscoli jalini con cito frammenti voluminosi.

Sotto il nome di degenerazione dei corpuscoli rossi, l'Autore comprende le alterazioni più complesse, che impiegano tempo più lungo per compiersi e che alterandone la struttura normale e le funzioni fisiologiche, conducono al disfacimento dei corpuscoli. L'Autore trovò alterazioni nel sangue, che presentavano forme come quelle, che sono considerate caratteristiche del sangue nella infezione malarica quando si trasfondeva del sangue di cane nell'addome di uccelli.

XLIII. FREUND E. — **Zur Kenntniss der Blutgerinnung.** (*Sulla conoscenza della coagulazione del sangue*). In: *Wien-med. Blätter*, 1886.

Dalla carotide sezionata di cane si fece scorrere sangue sotto olio od in vaso spalmato di vasellina; il sangue non si coagula anche dopo 24 ore. Le pareti ingrassate mostrano nè traccie di sostanza colorante, nè di corpo albuminoso. Questo risultato avviene quando il vaso ha la temperatura del corpo. Del pari si può impedire la coagulazione quando s'introduce un tubo di vetro spalmato di vasellina, come cannula, nella carotide.

Anche quando si mette del sangue, in vescica di pesce unita ad un tubo di pergamena pieno della soluzione fisiologica di cloruro di sodio: se la cannula è spalmata di vasellina, il sangueanche dopo 24 ore non è coagulato e non si ha dopo parecchi giorni nè imbibizione con sostanza colorante del sangue, nè traccia di coagulo sanguigno.

XLIV. LASKER K. — **Die Bestimmung des Hœmoglobingehalte im Blute mittels des v. Fleischl'schem Hœmometters.** (*Determinazione dell'emoglobina nel sangue per mezzo dell'emometro di Fleischl*). In: *Wiener med. Wochenschrift*, 1886.

Nelle diverse regioni del corpo il contenuto di emoglobina del sangue anche nello stato normale varia perfino del 10 per 100. Per avere quindi valori comparabili si estraeva sempre il sangue dalla stessa parte del corpo, alla parte laterale della seconda falange dell' indice sinistro.

Il contenuto di emoglobina del sangue tratto dall'Autore e da 12 altri colleghi di pari età, sani, diede solo piccole differenze procentuali. L'Autore poi estese questo suo studio in casi patologici.

XLV. HÉNOCQUE. — **L'hématoscopie, méthode nouvelle d'analys du sang, basée sur l'emploi du spectroscope.** (*L'ematomoscopia: metodo nuovo di analisi del sangue*). In: *Academie des sciences de Paris*, 1886.

Serve tale metodo per l'analisi spettrale del sangue puro, non di-diluito, quando si estrae da puntura ad un dito e dal sangue rinchiuso nei tessuti. Coll'ematoscopio di Hénocque si determina la quantità di ossiemoglobina del sangue, si può poi esaminare collo spettroscopio a visione diretta il sangue traverso l'unghia del pollice contando il tempo di durata di riduzione dell' ossiemoglobina. L' attività di riduzione e il rapporto, che v' ha fra la quantità di ossiemoglobina e la durata di riduzione, si calcola in unità di attività: che è la quantità ossiemoglobina ridotta normalmente in un secondo nel pollice.

Gli strumenti per le osservazioni sono l'ematoscopio e l'ematospettroscopio di Hénocque costruito da Lutz.

XLVI. HAMBURGER H. J. – **Veränderungen der Blutkörperchen in Lösungen.** (*Congiamenti de' corpuscoli del sangue nelle soluzioni*). In: *Du Bois. Reymond's Archiv für Physiologie.*

Nei corpuscoli sanguigni della rana, del pulcino e della tenia, non in quelli bovini appajono forme, che ricordano i plasmolisi delle cellule vegetali.

Queste figure non appajono solo nelle soluzioni, che sottraggono emoglobina ai corpuscoli di sangue, ma anche nelle soluzioni, che non sottraggono sostanza colorante ai corpuscoli.

V' ha una concertazione, in cui tutti i corpuscoli rimangono inalterati.

I cangiamenti avvengono in una concentrazione forte e debole e ricordano i cangiamenti di forma dei plasmolisi nelle cellule vegetali.

La concentrazione delle soluzioni saline, di zucchero di canna, o di nitrato di potassa, in cui i corpuscoli rimangono immutati, corrispondono al coeficente isotonico.

I corpuscoli nel siero allungato con acqua sia macroscopicamente

sia al microscopio si comportano come nei sali isotomici e nelle soluzioni zuccherine.

XLVII. Noorden. — **Magensaftsecretion und Blutalkalescenz.** (*Secrezione del succo gastrico ed alcalescenza del sangue*). In: *Archiv. für exper. Pathol. und Pharmakologie*, XXIII.

L'Autore osservò nei cani che l'alcalescenza del sangue nelle prime tre ore dopo un ricco pasto non aumenta.

XLVIII. Hayem e Barrier. — (**Expériences sur les effets des transfusions de sang dans la tête des animaux décapités.** (*Effetti delle trasfusioni del sangue nella testa di animali decapitati*). In: *Académie des sciences de Paris*, 1887.

Le osservazioni furono fatte sopra cani, e con sangue di cane completo e defibrinato e col sangue arterioso completo del cavallo.

L'estensione del sentimento e della volontà sembra rapida se non immediata dopo la decapitazione.

La vita cosciente può essere mantenuta, dopo la decapitazione, per mezzo di injezione immediata nella testa separata dal tronco, di sangue arterioso preso da animale della stessa specie o di specie differente.

La trasfusione di sangue fatta in queste condizioni in testa inerte da alcuni minuti, fa riconoscere moti automatici e moti riflessi multipli ed estesi, ma non può risvegliare nè i sensi, nè la volontà.

La vita cosciente è legata all'attività fisiologica di elementi delicati, le cui manifestazioni funzionali cessano presto dopo la decapitazione: e non possono essere risvegliate per mezzo del sangue ossigenato certe azioni fisiologiche, automatiche o riflesse dipendenti da centri situati nella parte midollare dell'encefalo.

XLIX. Bikfalvi. — **Valeur digestive de quelques substances usuelles.** (*Valore digestivo di alcune sostanze usuali*). In: *Revue scientifique*, 1887.

Le osservazioni fatte dall'Autore sull'alcool, birra, caffè nero, tabacco, sale furono fatte sugli animali, e colle digestioni artificiali.

L'alcool ritarda appena le digestioni artificiali in piccole quantità, in grande quantità impedisce il processo digestivo. L'arresto della digestione prodotto dalla birra era maggiore dell'effetto corrispondente dell'alcool. Il vino, sovratutto il rosso, rallenta le digestioni artificiali.

L'acqua alcalina se nuoce alle digestioni artificiali, favorisce quelle naturali.

Il caffè nero favorisce le digestioni. L'estratto del tabacco non disturba in generale le digestioni artificiali.

A debole dose, il sale è un eccitante della digestione naturale ed artificiale, a dose elevata, produce l'arresto.

L'allume ritarda la digestione chimica nel rapporto di 1:400, a dose doppia arresta la trasformazione della destrina in glucosio.

L. Seliwanoff. — **Notiz über eine Fruchtzuckerreaction.** (*Notizie sulla reazione del glucosio*). In: *Bericht der Chem.*, Ges. 20.

Una soluzione acquosa fredda di 2 parti di zucchero di canna ed 1 parte di resorcina coll'aggiunta di acido cloridrico concentrato al caldo dà presto colore rosso, ed al freddo si ha precipitato oscuro, che si scioglie nell'alcool con color rosso.

Oltre dello zucchero di canna ed il glucosio, danno questa reazione il levuloso ed il raffinoso, mentre il destroso, il galattoso, il maltoso, lo zucchero di latte e l'inosite sono senza alcuna azione.

LI. Külz. — **Ueber der Gazgehalt menschlicher Secrete — Gazgehalt des Parotidenspeichels.** (*Gaz della saliva parotidea*). In: *Pflüger's Archiv*, 38.

Dal condotto stenoniano dell'uomo con fina cannula metallica si condusse il secreto sotto campana piena di mercurio. Colla pompa di Hufner si ricavò 0,84-1,46 di volume di ossigeno per %, 2,4-3,2 % di azoto e 2,3-4,7 % di CO^2.

Due ore dopo il pasto, l'orine che si mostravano chiaramente alcaline, non diedero aumento di alcalinità alla saliva. L'alcalescenza della saliva non fu influenzata dalla digestione del ventricolo.

LII. Andouard. — **Variations de l'acide phosphorique dans le lait de vache.** (*Cambiamenti dell'acido fosforico nel latte di vacca*). In: *Académie des Sciences de Paris*, 1887.

L'Autore studiò le modificazioni subite dal latte di vacca durante l'allattamento ed i cangiamenti, che si osservano riguardo all'acido fosforico. I quattro animali, sui quali si fecero le osservazioni avevano statura e peso quasi eguale, e l'età variava da 4 ad 11 anni.

L'acido fosforico diminuisce nel latte dal principio alla fine dell'allattamento. Il butirro e sovratutto lo zucchero diminuiscono pure di quantità durante lo stesso periodo.

Sopra quattro vacche, due ebbero proporzione maggiore, due proporzione minore di caseina.

Non è costante l'aumento di parti solide nel latte durante l'allattamento.

Il valore nutritivo degli alimenti ha accresciuto la quantità e la qualità del latte.

L'individualità sembra essere fattore il più importante fra quelli, che modificano l'abbondanza e la composizione del latte.

LIII. Colin. — **Sur les mouvements de l'estomac.** (*Sui movimenti dello stomaco*). In: *Académie de médecine de Paris*, 1887.

L'Autore, studiando il moto dello stomaco negli animali, sovratutto nei ruminanti, crede essere difettoso lo stabilire paragone fra i movimenti dello stomaco di questi ultimi ed i movimenti dello stomaco nell'uomo.

Finora si conoscono poco i movimenti dello stomaco degli animali; abbiamo idea assai imperfetta dei movimenti nell'uomo, e non arriveremo a conoscerli che quando lo stomaco sarà posto allo scoperto per grande estensione.

LIV. Rothschild S. — **Utersuchungen über das verhalten der Salzsäure des Magensaftes in den verschiedenen Zeit den Verdaung.** (*Ricerche sul rapporto dell'acido cloridrico del succo gastrico in diversi tempi della digestione*). In: *Diss.*, Strassburg, 1886.

L'Autore fece le osservazioni sopra di sè e sopra un' altra persona. Dopo introdotto 50 gr. di carne pura e 325 gr. di acqua nel ventricolo vuoto, il contenuto del ventricolo fu estratto colla pompa gastrica ed esaminato, si titolò il grado di acidità del ventricolo.

	1.ª Persona ‰	2.ª Persona ‰
Dopo ½ ora	0,74	0,74
» 1 »	0,82	1,64
» 1 ½	0,99	0,86
» 2 ore	1,40	2,88
» 2 ½	2,46	2,22
» 3 ore	ventricolo vuoto	ventricolo vuoto.

LV. Gluzinski. — **Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Function des menschlichen Magens.** (*Influenza dell'alcool sull'attività del ventricolo dell' uomo*). In: *Deutsches Arch. für Klin. Med.*, XXXIX.

Riguardo alla digestione delle sostanze albuminose, l'alcool ha due fasi diverse di attività. Quando l'alcool soggiorna nel ventricolo, la digestione è molto ritardata. Quando non v'ha alcool, i pezzi di albumina sono in gran parte digeriti, invece coll'alcool sono poco alterati. La reazione della sintonina e del peptone era molto debole. Quando il ventricolo è privato dell' alcool, allora si hanno diversi effetti. Il grado di acidità del ventricolo è maggiore, sì da superare 2-3 volte il grado di acidità della digestione senza alcool. La digestione delle sostanze albuminose è accelerata. L'alcool è un eccitante della funzione della bile.

Da questi dati si riconosce il vantaggio dell'uso moderato di alcool prima del pranzo per favorire la digestione, invece le grandi quantità ne diminuiscono la funzione.

LVI. Axenfeld. — **L'acido pirogallico come reagente sul peptone.** (*Annali di Chimica e di farmacologia,* 1887).

L'emialbuminoso o propeptone si trova costantemente nei prodotti digestivi gastrico e pancreatico, si scopre coll'acido nitrico a freddo e si ha la ridissoluzione a caldo (reazione di Bence Jones).

Come l'acido nitrico e picrico, anche il pirogallico precipita il propeptone a freddo, lo ridiscioglie a caldo; l'acido pirogallico lo precipita anche in soluzioni allungate. Il propeptone si trova nella farina di frumento, nei leguminosi, nel latte, nel formaggio.

Ricchi di propeptone sono i tessuti ghiandolari, così il fegato di vitello su 100 parti contiene 0,g.09 di propeptone, la midolla dell'ossa 0,033, la milza 0,113, il polmone 0,066, il pancreas 0,13, il rene 0,055. Il cervello, i polmoni, il siero di sangue, il chiaro d'uovo ne sono privi.

Il fegato di rana anche dopo lungo digiuno non è privo di propeptone.

LVII. Baum. — **Die morphologisch-histologischen Veränderungen in den ruhunden und tätigen Leberzellern.** *(I cambiamenti morfologici delle cellule del fegato in riposo ed in attività funzionale).* In: *Deutsche Zeit. für Tiermed. und vergleichende Pathologie.*

L'Autore osservò le cellule del fegato di cavallo, che era stato ucciso 3-5, 13-36 e 40 ore dopo l'ultima alimentazione.

Nel riposo i nuclei delle cellule si tingono coll'ematossilina. Le cellule non sono chiaramente distinte l'una dall'altra. Il protoplasma contiene granelli irregolari ad immagine vescicolare eosinofole. Il glicogeno non è del tutto comparso.

Nello stato di attività manca il nucleo cellulare in grande numero di cellule. I limiti delle cellule sono chiari. Il glicogeno è accumulato in grande quantità nelle cellule.

I granelli di pigmento si trovano in minore numero nello stadio di riposo. Gli acidi chiari si lasciano per modificazione della reazione di Neukomm dimostrare in sezioni microscopiche.

LVIII. Jakubowicz. — **Sur la composition quantitative de la bile chez les nouveau-nés, et chez les nourissons.** (*Composizione quantitativa della bile nei neonati e nei lattanti*). In: *Archives slaves de Biologie*, 1886.

La quantità di bile contenuta nella vescica biliare aumenta coll'età del ragazzo.

Età	Quantità di bile nella vescica biliare	
1.° giorno	da 0,135 gr.	0,335 gr.
1.° mese	» 0,276 »	1,005 »
2.° »	» 0,005 »	1,000 »
5.° »	» 0,042 »	1,000 »
9.° »	» 1,535 »	2,021 »
1.° anno	» 1,012 »	5,032 »

La quantità di acqua della bile dei neonati è di 86-90 %, il residuo solido 11,4-14 %; non sorpassa al fine del 1.° anno 8,8 %. La quantità di sali inorganici è minore che nell'adulto, oscilla fra 0,18-0,90 %.

La proporzione di urea e di saponi biliari è nei neonati circa 1,1 %; al fine del primo anno da 0,40-0,44 %. La quantità di colesterina, di lecitina e di grasso è minore nei neonati che negli adulti. La proporzione di mucina e di sostanza colorante diminuisce coll'età del ragazzo.

LIX. Oddi R. — **Di una speciale disposizione a sfintere allo sbocco del coledoco**. Perugia, 1887.

Esiste allo sbocco del coledoco nell'intestino una speciale disposizione muscolare a sfintere. Questo sfintere, costituito da fibre muscolari liscie, è in gran parte indipendente dalle tuniche muscolari dell'intestino.

L'ufficio probabile di questa disposizione a sfintere è quello di regolare il periodico versamento della bile nell'intestino.

Esiste pure allo sbocco del dotto di Wirsburg una disposizione muscolare a sfintere. Questa disposizione a sfintere ci può rendere ragione di alcune affezioni morbose, la cui causa non era stata ancora clinicamente determinata.

LX. Oddi R. — **Azione della bile sulla digestione gastrica.** Perugia, 1887.

Sotto la direzione del prof. A. Marcacci, l'Autore fece i suoi studj col mezzo di fistola colecisto gastrica, dai quali trasse le seguenti conclusioni:

1.° La presenza di bile nello stomaco prima e durante il periodo della digestione non toglie ai succhi gastrici il loro potere digerente.

2.° La presenza della bile nel ventricolo a digestione inoltrata non ne precipita i prodotti.

3.° Non è esatto che la bile possa esser causa di vomito e di gravi disturbi gastrici.

(Continua).

VARIETÀ

Provvedimenti sanitari. — *Circolare del Ministero dell'Interno (Direzione della Sanità pubblica) ai Signori Prefetti sulle misure preventive contro la diffusione del colera nei comuni del Regno* (22 Agosto 1887).

Questo Ministero, preoccupato del fatto che alcuni Municipi si trovano spesso incerti sulla linea di condotta da tenere di fronte al pericolo di una epidemia colerica, ritiene opportuno di tracciare in modo preciso le norme che le Autorità devono seguire in tale frangente.

1. Ogni qualvolta un sanitario riconosca in un Cumune del Regno individui affetti da *colera*, è tenuto a farne immediatamente denunzia al Sindaco, accompagnandola, per i primi casi, con dichiarazione scritta in cui specifichi i sintomi morbosi sui quali fonda il suo giudizio.

Il Sindaco trasmetterà al Prefetto la denunzia, ed ove si presenti pure per i primi casi qualche dubbio sulla vera natura della malattia, sarà chiamato a stabilirla un sanitario perito nelle indagini bacteriologiche.

2. Intanto, sulla dichiarazione del sanitario intorno alla natura coleriforme della malattia, l'Autorità Comunale prenderà d'urgenza i provvedimenti più sotto indicati per evitare che la malattia si trasmetta ad altri, disponendo in pari tempo che al malato siano prestate le cure richeste dalla gravità del suo stato.

Tali provvedimenti consisteranno essenzialmente nell'isolamento degli ammalati, nelle misura di precauzione per le persone che li assistono e nella distruzione o disinfezione efficace delle loro materie di dejezione o di vomito, e delle biancherie, panni, effetti letterecci ed altri oggetti esposti ad essere dalle stesse materie contaminati.

a) L'isolamento degli ammalati si otterrà, secondo le contingenze, o col ritenerli nella propria abitazione, allontanandone tutte le persone sane non strettamente necessarie alla loro assistenza; o col trasportarli in apposito locale di isolamento, previamente apprestato dal comune.

In questo secondo caso il trasporto dei malati si dovrà fare con vetture o barelle apposite, che saranno ogni volta diligentemente disinfettate con lavature abbondanti colle soluzioni disinfettanti più innanzi indicate.

b) Per misura di precauzione delle persone che assistono i colerosi, queste si avvertiranno anzi tutto che non corrono pericolo di

essere infettate dal contatto o dalla permanenza nello stesso ambiente dai malati, purchè non mantengano le mani od i vestiti insudiciati colle materie fecali o di vomito dei medesimi. Si raccomanderà loro, pertanto, di lavarsi le mani frequentemente colle soluzioni disinfettanti, in ispecial modo prima di prendere alimento, e di sottoporre a tali lavature le loro vesti e calzature ogni volta si abbia ragione di dubitare siano contaminate.

A tal uopo, la camera del malato sarà provvista d'una quantità sufficiente di soluzione acquosa di sublimato corrosivo al 2 per mille, tenuta in recipienti non metallici, e che, ad evitare sbagli pericolosi, si tingerà leggermente con qualche colore di anilina, o vegetale.

In mancanza del sublimato, si dovrà far uso di soluzioni al 5 per cento d'acido fenico o del 5 per mille di acido solforico o cloridrico oppure di altro liquido acido.

c) Le dejezioni degli ammalati si raccoglieranno in vasi contenenti abbondante quantità di soluzioni disinfettanti e preferibilmente di quella sopraindicata di sublimato. In ogni caso non si permetterà mai che siano gettate nelle strade o in cortili o su letamai; saranno invece raccolte in luoghi appartati, o in latrine, dove si sia sicuri che non possano contaminare le acque.

I recipienti che contennero le dejezioni si laveranno colle stesse soluzioni, e nel luogo di rigetto delle materie si verseranno abbondanti quantità di esse o di cloruro di calce al 5 per cento.

d) Per le biancherie, lane, vestiti, calzature ed effetti letterecci usati dal malato o in qualunque modo insudiciati di materie di dejezione o di vomito, si dovrà preferire la distruzione col fuoco a qualunque mezzo di disinfezione, sopratutto nei primi casi, sebbene non seguiti da morte. Dove per ragione di economia non è possibile ricorrere a questo mezzo, e dove non esistono apparecchi di disinfezione a vapore, si darà la preferenza per disinfettarli alla immersione per 10 o 15 minuti in una soluzione di sublimato corrosivo al 2 per mille, o, in mancanza di questa, alla immersione per mezz'ora in acqua mantenuta bollente.

Gli stessi oggetti, per quanto disinfettati, sarà bene lavarli poi separatamente da quelli delle persone sane e possibilmente in apposite lavanderie.

La disinfezione degli effetti d'uso dei colerosi si dovrà fare man mano che si ricambiano, essendo molto pericoloso di tenerli accumulati sucidi.

e) Avvenuta la morte od ottenutasi la guarigione dell'ammalato, si procederà nel più breve termine a rigorosa disinfezione degli oggetti contenuti nella camera e della camere stessa prima di permetterne l'uso a persone sane.

Si laveranno perciò colla detta soluzione di sublimato corrosivo gli oggetti in questione, il pavimento e le pareti fino all'altezza di due metri e mezzo, scrostando queste in seguito e rimbiancandole.

I paglericci e materassi saranno di regola bruciati; ed ove si vogliano conservare si dovranno disfare e quindi disinfettare gli involucri e le lane separatamente con la stessa soluzione di sublimato al 2 per mille.

f) Constatata la morte di un coleroso dal medico necroscopo, il cadavere sarà tradotto nel più breve termine in apposita camera mortuaria, per esservi tenuto in osservazione per il tempo stabilito dal regolamento sanitario.

Il trasporto sarà fatto entro la cassa di legno, essendo la salma avviluppata in panno bagnato colla solita soluzione di sublimato.

Ai becchini sarà dato mezzo di lavarsi frequentemente colle citate soluzioni disinfettanti.

g) La tumulazione o la cremazione dei cadaveri dei colerosi si farà colle solite cautele delle altre malattie infettive. Non è necessario, salvo per ragione di spazio, di istituire cimiteri appositi, e nulla si oppone a che i cadaveri siano sepolti nelle tombe private dei cimiteri; sibbene è severamente vietato il seppellimento in comune nelle cosidette fosse carnarie.

3. Quando i primi casi di colera si verificano in un circoscritto gruppo di case, specialmente se in cattive condizioni igieniche[1], si dovrà tentare, ogni qualvolta ciò sia possibile, lo sgombro completo di tutti gli abitanti sani, trasferendoli in case isolate, o in baracche, o sotto tenda, ove saranno tenuti in osservazione mentre si procede al completo risanamento del sito infetto.

Questa misura è raccomandata nelle stesse condizioni, anche dopo dichiaratasi l'epidemia e particolarmente per gli istituti educativi ed ospitalieri, per le caserme, carceri, ecc.

4. Dichiaratasi l'epidemia in un comune, si stabiliranno, dove difettano, lavatoi pubblici, presso i quali si terranno tini con soluzione di sublimato corrosivo al 2 per mille, da rinnovarsi due volte al giorno, per farvi immergere per 10 minuti, sotto sorveglianza di personale intelligente, tutte le biancherie prima di lavarle. Questa precauzione, intesa a premunire dalla malattia le lavandaie ed assicurare la disinfezione degli effetti di ammalati non denunziati, non cagiona alcun danno agli oggetti così trattati.

Per dirigere la preparazione delle soluzioni disinfettanti e l'esecuzione delle disinfezioni, si formeranno delle squadre di persone idonee (farmacisti, studenti di medicina o di farmacia, o garzoni farmacisti), i quali agiscano sotto la direzione dei medici.

5. Sia precetto per le autorità comunali di tenere nella stessa considerazione, in quanto alle misure d'isolamento o disinfezione, tanto i casi leggeri, quanto i gravi di colera, potendo sì gli uni che gli altri divenire egualmente centro di diffusione della malattia.

6. Come norma generale per prevenire questa diffusione, essendo oramai dimostrato che l'acqua è uno dei veicoli principali dei germi

del colera, l'autorità comunale procurerà, per quanto è possibile, dove si fa uso di acque di pozzi inquinabili, di correnti sospette, o di acque condotte in tubi permeabili, di sostituirvi l'uso di acqua di buone sorgenti o per lo meno attinta in località perfettamente immune dalla malattia, oppure di acqua bollita.

7. La stessa Autorità rivolgerà, inoltre, le sue cure a migliorare, per quanto è possibile, l'alimentazione nel comune, col sorvegliare alla salubrità delle derrate o bevande esposte in vendita, coll'impianto di cucine economiche cooperative per la generalità degli abitanti, e con distribuzioni gratuite o a prezzo ridotto di buoni delle medesime o di derrate di prima necessità a quelle persone che per ragione di malattia o di inabilità al lavoro non sono in grado di procurarsi alimenti sani.

8. Questo Ministero fa speciale raccomandazione alle autorità comunali di prendere sempre le disposizioni qui accennate, nel modo più pronto e di curarne l'esecuzione con intelligente e continua sorveglianza; poichè dipende da ciò la loro efficacia sia per impedire l'invasione della malattia quando si manifestano i primi casi, sia per limitarne la diffusione e troncarne i progressi, quando ha preso carattere epidemico.

9. Fino a nuovo ordine sarà vietata l'esportazione degli stracci dai comuni nei quali sia stata o verrà ufficialmente constatata l'epidimia di colera.

10. All'infuori di queste misure preventive è rigorosamente proibito alle autorità comunali, per qualsiasi ragione, di istituire o permettere, cordoni sanitari, o di richiedere certificati di provenienza, impedire in qualunque modo la entrata nel comune, imporre quarantene, osservazioni, sequestri o soffumigi alle persone, comunque provenienti da località infette sia per via di terra che di mare.

I contravventori alle disposizioni del presente articolo saranno denunziati all'autorità giudiziaria per essere puniti con pene di polizia indipendentemente da ogni altra pena, ove il fatto costituisca uno dei reati previsti dal Codice penale.

11. Sono abrogate tutte le disposizioni anteriormente emesse.

12. I signori prefetti sono invitati a diramare la presente a tutte le autorità dipendenti ed a curarne l'osservanza nella rispettiva provincia.

Rivista meteorologica del mese di giugno 1887 (1). — Nel giorno 1 al sud delle isole britanniche trovasi una depressione (758), che nel 2 ha il suo centro sulla Francia (751), e così nel 3 (750). Nel 4 si allontana sul Baltico, ed il barometro in Italia è livellato fra

(1) Comunicata dalla Direzione del R. Osservatorio del Collegio Romano.

i 762 a 763; nel 5 fra i 763 e 764; nel 6 fra i 762 e 763. Nel 7 si forma un'area di alte pressioni col centro sul golfo di Guascogna (767); nell'8 questo è sulla Francia (768), nel 9 sulla Brettagna (769) e nel 10 sulle isole britanniche (772). Nei giorni 7-10 sulla Grecia trovavasi una lieve depressione, la quale nel 10 aveva al centro il valore di 758.

Le pioggie verificatesi nell'alta e media Italia dall'1 al 8 furono in relazione colla prima depressione cui accennammo. Le rare e lievissime pioggie del 7-9 nella bassa Italia e i temporali del 10 lungo il versante adriatico si dovettero all'influenza della depressione sulla Grecia.

Nel giorno 11 un'area di alte pressioni ha il suo centro sulla Manica (775), il quale nel 12 è sulla Brettagna (770), nel 13 sulla Francia (767), nel 14 sull'Adriatico, nel 15 sulle isole britanniche (770), e così nel 16 (771); nel 17 è sul mare del nord (770) e così nel 18 (770); nel 19 è sulla Scozia (771) e così nel 20 (774). In questo frattempo sulla Grecia e sulla Turchia il barometro era basso, sia per depressioni locali, come per saccature barometriche dipendenti da depressioni, che si trovavano nell'est e nel nord-est d'Europa.

In causa di queste condizioni barometriche durante la seconda decade del mese predominarono nella media e bassa Italia i venti del primo quadrante, i quali fecero precipitare la pioggia nelle regioni orientali della penisola.

Nel giorno 21 una depressione secondaria (760) dipendente da una principale che ha il suo centro sulla Russia (749) trovasi sull'alta Italia; nel 22 la pressione secondaria è sul golfo di Genova (758), mentre la principale persiste sulla Russia. Nel 23 la depressione della Russia è presso Pietroburgo (751), quella del golfo di Genova è trasportata sulla Grecia (760). Nel 24-26 persiste la depressione sulla Russia (747-751). Nel 27 sul golfo di Genova si forma una depressione secondaria (760) che vi persiste nel 28-30 (760-762). Anche in questi giorni nel nord-est della Russia persisteva la vecchia depressione.

Le pioggie ed i temporali verificatisi specialmente nell'alta e media Italia nel 21, 22, 26-30 furono in relazione colle condizioni barometriche sopraccennate.

La temperatura più bassa si verificò ad Aquila con 6°,5 nel giorno 19 e la massima a Novara con 34°,1 nel giorno 10.

TABELLA B.

Acqua caduta nel mese di gingno 1887, confrontata con quella caduta nel giugno 1886.

Stazioni	Giugno 1887	Giugno 1886
Porto Maurizio	98,2	27,0
Genova	161,4	235,5
Massa Carrara	72,0	151,0
Cuneo	151,6	111,1
Torino	79,2	98,2
Alessandria	55,6	20,6
Novara	98,8	22,1
Pavia	84,9	47,1
Milano	77,4	98,4
Como	84,7	117,0
Bergamo	103,1	116,0
Brescia	59,1	70,9
Cremona	162,3	87,2
Mantova	95,7	109,9
Verona	76,0	102,0
Vicenza	92,8	169,0
Belluno	84,3	147,9
Udine	23,8	203,6
Treviso	88,1	184,1
Venezia	103,0	119,5
Padova	82,6	126,1
Rovigo	30,2	104,2
Piacenza	133,1	88,3
Parma	111,4	97,7
Reggio Emilia	174,8	80,0
Modena	127,4	77,4
Ferrara	86,5	120,7
Bologna	83,3	145,7
Ravenna	79,7	84,7
Forlì	72,1	103,9
Pesaro	55,1	177,3
Ancona	?	100,5
Camerino	67,0	76,7
Ascoli Piceno	157,0	100,0
Perugia	?	142,2
Lucca	44,5	127,9
Pisa	23,5	164,3
Livorno	18,3	69,8
Firenze	78,5	130,8

Stazioni	Giugno 1887	Giugno 1886
Arezzo	37,2	97,6
Siena	62,1	54,5
Massa Marittima	97,7	106,8
Roma	29,8	13,3
Teramo	81,0	76,4
Chieti	?	65,0
Aquila	40,4	?
Agnone	?	186,5
Foggia	33,5	0,0
Bari	5,4	32,2
Lecce	?	19,1
Caserta.	31,5	46,8
Monte Cassino	21,7	55,6
Napoli	0,6	0,0
Benevento	24,5	19,5
Avellino	60,2	45,1
Salerno	15,0	44,5
Potenza	17,1	42,5
Cosenza	12,7	25,9
Reggio Calabria	?	19,5
Trapani	2,6	2,9
Palermo	5,7	27,3
Girgenti	?	0,0
Caltanissetta	1,0	14.8
Messina	3,2	50,5
Catania.	0,0	?
Siracusa	1,8	3,4
Sassari	8,3	26,2

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RASSEGNA MEDICO-CHIRURGICA

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del Prof. S. FUBINI

VARIETÀ.

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del Prof. S. FUBINI

(Continuazione e fine, vedi fascicolo precedente pag. 76).

---

61. Bockai — *Azione dei gaz intestinali e dei componenti delle fecci sui movimenti dell'intestino.*
62. Capparelli — *Laudano liquido del Sydenham.*
63. Guenhagen — *Sull'assorbimento di grasso sull'epitelio intestinale.*
64. Aschenbrandt — *Influenza della cavità nasale nel respiro.*
65. Graziadei — *Sulla ventilazione polmonare nei sani.*
66. Aducco — *Espirazione attiva ed inspirazione passiva.*
67. Ulrich — *Contributo allo studio dell'acqua espirata.*
68. Hanriot e Richet — *Influenza delle modificazioni volontarie della respirazione sulla escrezione di acido carbonico.*
69. Gréhant — *Processo per misurare la capacità polmonare.*
70. Zunst e Berdez — *Azione dell' alcool sulla respirazione dell' uomo.*
71. Peiper — *Contributo alla perspirazione insensibile.*
72. Gréhant — *Esperienza di Priestley ripetuta sopra animali e vegetali acquatici.*
73. Marey e Demeny — *Parallelo fra il passo e la corsa.*
74. Marey — *Studio della locomozione animale colla cronofotografia.*
75. Aducco — *Contributo allo studio del tetano dei muscoli striati.*
76. Brown Séquard — *Esperienze, che sembrano dimostrare che la rigidità cadaverica dipende da una contrazione.*
77. Zaleski — *Ferro ed emoglobina nei muscoli privi di sangue.*
78. Zossietzky — *Influenza dei movimenti muscolari nel ricambio interstiziale delle sostanze azotate.*
79. Massé — *Ricerche sopra l'irradiazione di calorico del corpo dell'uomo.*
80. Hunkel — *Sulla temperatura della pelle dell'uomo.*
81. Fréderieq — *Calore e lavoro musculare.*
82. Chauveau A. e Kaufmann — *Il glicosio, il glicogeno e la glicogenia in rapporto alla produzione di calorico e di lavoro meccanico nell'economia animale.*
83. — *Coeficente dell' attività nutritiva e respiratoria dei muscoli in riposo ed in lavoro.*
84. — *Conseguenza della determinazione del coeficente di attività respiratoria e nutritiva dei muscoli in riposo ed in lavoro.*
85. Munk — *Teoria dei processi secretori e sintetici dei reni.*
86. Bum — *Influenza degli stropicciamenti (massage) sulla secrezione renale.*

87. Aducco — *Reazione dell'orina in rapporto al lavoro musculare.*
88. Sanarelli — *Assenza di acido urico e reazione alcalina dell'orina in animali carnivori.*
89. Chibret — *Influenza del regime latteo sull'escrezione dell'orina.*
90. Leo — *V'ha escrezione di tripsina per mezzo dell'orina ?*
91. Posner — *Albumina nella orina normale.*
92. Duden — *Albuminuria fisiologica.*
93 Blomfied — *Albuminometria e tubi di Esbach.*
94. Raspopoff — *Influenza del lavoro intellettivo sullo scambio di materie azotate e dell'acido fosforico.*
95. Gréhant e Quinquaud — *Ricerche sui formiati introdotti nell'organismo.*
96. Colasanti — *Le reazioni della creatinina.*
97. Guareschi — *Reazione di Weyl per la creatinina.*
98. Ashdown — *Assorbimento della membrana mucosa della vescica urinaria.*
99. Bardeleben — *La ghiandola tiroidea.*
100. Dubois e Roux — *Azione anestetica del metilcloroformio.*
101. Pinet — *Azione fisiologica dell'ulexina.*
102. Mosso U. — *Azione fisiologica della cocaina.*
103. Sinighelli — *Azione fisiologica della cocaina.*
104. Weir Mitchell e Reichert — *Il veleno dei serpenti.*
105. Dubois — *Gli elateridi luminosi.*
106. Frédericq — *Mutilazioni spontanee od autotomia.*
107. D'Arsonval — *Morte per l'elettricità.*

LXI. Bockai A. — **Azione dei gaz intestinali e dei componenti delle feci sui movimenti dell'intestino.** (*Annali di chimica e di farmacologia*, 1887).

Per osservare i movimenti dell'intestino si apriva l'addome ai conigli in un bagno di cloruro sodico 6 ‰ riscaldato a 38° C, così l'intestino è in completo riposo. I varj gaz erano raccolti in un gazometro venivano introdotti nell'intestino mediante un'apertura del digiuno e sotto una debole pressione.

Erano indifferenti per il moto intestinale l'azoto e l'idrogeno. L'ossigeno era indifferente: se vi era asfissia dell'intestino per soffocazione dell'animale o compressione dei vasi, l'ossigeno faceva cessare i vivaci movimenti intestinali, che erano stati così provocati.

Il CO^2 produce vivaci movimenti intestinali, che cessano per l'injezione di acqua di calce o di ossigeno. Il CO^2 agisce probabilmente irritando i nervi motori dell'intestino e la stessa fibra muscolare. Infatti quando l'intestino è in vivace movimento, il cloruro di sodio applicato sulle pareti intestinali produce contrazioni ancora più energiche.

Il gaz (CH^4) può del pari produrre violenti movimenti intestinali, che sono arrestati dall'ossigeno. H^2S si comporta come il CH^4, però

qui l'ossigeno modera ma non arresta l'intestino. L'azione lassativa dello zolfo e dei suoi preparati dipende da formazione di H^2S, l'azione antidiarroica di piccole dosi di bismuto si spiega perchè fissa l'idrogeno solforato.

LXII. CAPPARELLI. — **Laudano liquido del Sydenham.** (*Annali di chimica e di farmacologia,* 1887).

Il laudano liquido del Sydenham a dose sufficiente amministrato ai cani per via della bocca, determina ed aumenta la produzione di succo gastrico, quindi si ha considerevole grado di acidità, modifica la reazione intestinale, da alcalina la trasforma in acida.

La tintura tebaica semplice e l'oppio pure agiscono come il laudano nello stomaco.

La tintura idroalcoolica di zafferano non ha come il laudano il potere di acidificare la mucosa intestinale.

Gli oppiacei amministrati per la via del sangue non acidificano la mucosa dell'intestino.

L'acidità della mucosa dipende dal passaggio del succo gastrico ipersecreto rapidamente dallo stomaco alla superficie intestinale.

Le grandi dosi di laudano acidificano fortemente e rapidamente la mucosa dell'intestino.

LXIII. GUENHAGEN. — **Ueber Fettresorption und Darmepithel.** (*Sull'assorbimento del grasso e sull'epitelio intestinale*). In: *Archiv. für mikros. Anat.*, XXIX.

Le ricerche furono fatte sopra i topi e le rane: gli animali erano nutriti con grasso, e dopo poco tempo erano uccisi; l'intestino era indurito colla soluzione di Flemming, i tagli colorati col bleu di Dahlia.

L'acido iperosmico del miscuglio di Flemming annerisce il grasso, ed i fatti dimostrarono che il grasso si assorbe dalle cellule marginali dell'intestino, nè le cellule linfoidee interepiteliari, nè il parenchima dei villi, nè le cellule a bicchiere dell'epitelio hanno questo ufficio. Le cellule marginali terminano nel parenchima dei villi con piccola apertura, che viene fuori per prolungamento protoplasmatico.

LXIV ASCHENBRANDT TH. — **Die Bedeutung der Nase für die Athmung.** (*Influenza della cavità nasale nella respirazione*). Wurzburg, 1886.

L'aria inspirata passando per il cavo nasale si riscalda sopra i 30° C.

Nel naso l'aria per rapporto alla sua temperatura è satura di umidità.

Fina polvere chimica e gaz non sono trattenuti dal naso. Particelle grosse non passano nei profondi organi respiratori.

LXV. GRAZIADEI B. — **Sulla ventilazione polmonare nei sani.** (*Gazzetta degli Ospitali,* 1886).

L'Autore, dalle sue sperienze trae le seguenti conclusioni:

La quantità di aria respirata in 15' negli uomini di media età varia fra 114,240, e 171,360 litri con media per 15' di litri 143,302.

Le donne e gli adolescenti respirano più attivamente degli uomini adulti con una media di 143,713 litri.

La quantità di aria respirata da un dato individuo non è in rapporto colla statura, col peso del corpo e neppure con la circonferenza toracica e con la escursione inspiratoria dei polmoni: ciò dimostra come i bisogni chimici dell'organismo non sono quelli, che regolano la meccanica del respiro, la quale probabilmente nell'uomo perfettamente sano è regolata essenzialmente dal sistema nervoso secondo leggi, che ancora ci sfuggono.

La ventilazione polmonare sta in un certo rapporto collo stato emoglobinico del sangue: quanto più è basso il valore citometrico del sangue, tanto più grande è la quantità di aria respirata.

LXVI. ADUCCO. — **Espirazione attiva ed inspirazione passiva.** (*Accademia delle scienze di Torino,* 1887).

Le conclusioni dell'Autore sono le seguenti:

L'espirazione calma non è un fenomeno passivo: in essa si può dimostrare la partecipazione di fattori, che agiscono attivamente.

Mentre il torace normalmente prima si dilata (inspirazione) e poscia ritorna alla posizione di riposo (espirazione), talora il tipo respiratorio assume una forma ed un decorso, che è proprio l'inverso, il torace prima si restringe (espirazione) e poscia ritorna alla posizione di riposo (inspirazione). In questi casi l'inspirazione è passiva e l'espirazione si può compiere o per mezzo dei muscoli anteriori dell'addome o per mezzo dei muscoli laterali dell'addome.

LXVII. ULRICH. — **Contribution à l'étude de l'eau expirée.** (*Contributo allo studio dell'acqua espirata*). In: *Thèse de med. de S. Petersburg, et Archives slaves de biologie,* 1886).

L'esperienze erano fatte sopra cani: si pesavano e si osservava la temperatura dell'intestino retto, il polso ed il respiro, indi si praticava la tracheotomia. Si separava l'aria inspirata e acqua espirata.

Si riconobbe che la temperatura dell'aria inspirata e quella del corpo erano i principali agenti che influivano sulla proporzione di aria espirata. Il tipo respiratorio ha pure influenza, ma nè il grado igrometrico dell'aria inspirata, nè la proporzione di acqua dell'organismo, nè l'azione dei corpi, che possono modificare la funzione della mucosa delle vie respiratorie, hanno influenza sulla quantità di acqua espirata. Secondo l'Autore, il polmone contiene sempre dell'acqua tanta per divenire sorgente di saturazione dell'aria inspirata, che arriva in

contatto immediato con questo organo; la durata di questo contatto e la temperatura, nella quale avviene il fenomeno, modificano il grado di saturazione.

LXVIII. Hanriot et Richet. — **Influence des modifications volontaires de la respiration sur l'excrétion de l'acide carbonique.** (*Influenza delle modificazioni volontarie della respirazione sulla escrezione di acido carbonico*). In: *Académie des sciences de Paris*, 1887.

Dall' osservazioni degli Autori, conclusero che la produzione dell'acido carbonico è in modo notevole indipendente dalla ventilazione polmonare.

L'escrezione dell'acido carbonico può essere per alcuni minuti modificata dalla ventilazione, ma ritorna tosto alla misura normale, cioè a quella della produzione.

LXIX. Gréhant. – **Procédé de mesure de la capacité pulmonaire.** (*Processo per misurare la capacità polmonare*). In: *Société de biologie*, 1887.

L'esperienze furono fatte sull'uomo e sopra altri animali con bagni molto caldi e molto freddi. In bagno freddo capace di far discendere la temperatura a 30° R.; il sangue assorbe quantità grande di ossigeno, il contrario avviene nel bagno caldo.

Il bagno freddo aumenta l'esalazione del CO^2, il caldo la diminuisce. Tali fenomeni non avvengono più se la temperatura discende a 28° R. nel cane. A 22° si ha la morte. Ma quando appare la morte, se si immerge l'animale a 50°-52° C., la vita riappare quasi tosto. Il bagno freddo aumenta molto le ossidazioni interstiziali. I bagni molto caldi e molto freddi producono ipertemia, che può andare fino alla glicosuria. Nei diabetici non devonsi dare bagni troppo caldi, o troppo freddi.

LXX Zunst und Berdez. — **Beitrag zur Kenntniss der Einwirkung des Weingeistes auf den Respirationsprocess des Menschen.** (*Contributo alla conoscenza dell'azione dell'alcool sulla respirazione dell'uomo*). In: *Du Bois Reymond's Archiv*, 1887.

Sopra quattro sperienze fatte sull'uomo, dando la dose da 20 a 30 grammi di alcool, l'Autore dedusse che l'alcool non produce differenza qualitativa nel processo della respirazione diversa da quella degli altri alimenti.

LXXI. Peiper. — **Ein Beiträg zur Lehre von der Perspiratio insensibilis.** (*Contributo alla dottrina della perspirazione insensibile*). In :*Zeitschrift für Klinis. Med.*, XII.

Per determinare il vapore d'acqua emesso dalla pelle, l'Autore si servì di cilindro di gomma indurita della superficie di 25 centimetri

quadrati. Vi fece tre aperture, una per il termometro, una per il tubo afferente, una per l'afferente. L'aria era aspirata da duplice aspiratore, passava prima di entrare per acido solforico concentrato, e nel tubo di escita per tubo con cloruro di calcio. Fra l'aspiratore ed il tubo di cloruro trovavasi recipiente con acido solforico.

Determinazioni comparative fra regioni corrispondenti della metà del corpo destro e sinistro diedero risultato costante. Una diminuzione si aveva solo per lo spessore diverso dell'epidermide della pianta del piede e della mano.

In diverse regioni del corpo si notarono differenze per le varie quantità di ghiandole sudoripare e costituzione dell'epidermide.

Si avevano differenze nelle varie ore della giornata. Aumento dopo il mezzogiorno, dopo il pranzo abbassamento della curva, dopo le 8 di sera fino alle 12 si aveva aumento progressivo per poi ritornare in basso.

Quanto più alta è la temperatura esterna, più forte è l'evaporazione. Non si potè dimostrare rapporto fra la pressione barometrica e la perspirazione.

Per forte eccitamento della secrezione del sudore con diaforetici si aveva minore perspirazione. Nei bimbi la perspirazione insensibile è minore che negli adulti. Non si riconobbe differenza dipendente dal peso del corpo, grandezza del corpo e sesso sulla perspirazione.

LXXII. Gréhant M. N. — **Expérience de Priéstley répetée avec des animaux et des végétaux aquatiques.** (*L'esperienza di Priestley ripetuta sopra animali e vegetali acquatici*). In: *Academie des sciences de Paris*, aout 1886.

Due recipienti di vetro della capacità di un litro si empiono di acqua ordinaria; in ciascuno di essi si mise un ciprino di egual volume. In uno s'introdussero nel tempo stesso 15-20 gr. di foglie di Potamogeton lucens assai verde. Si chiusero con membrane di caoutchouc i vasi pieni di acqua e si posero orizzontalmente in acquario traversato da corrente di acqua fredda. Dopo cinque ore il pesce posto nell'acqua pura diede segni di asfissia. Si fece allora l'estrazione dei gaz dall'acqua con pompa a mercurio e non vi si trovò più traccia di ossigeno. L'altro ciprino continuava a nuotare nel mezzo delle foglie. Si estrassero i gas dall'acqua. Dopo di avere assorbito l'acido carbonico, che era in quantità minore, che nell'esperienza precedente, trovò nel miscuglio di azoto e di ossigeno fino al 30 per 100 di ossigeno. Il pesce si trovava nelle miglior condizioni fisiologiche.

LXXIII. Marey et Demeny. — **Pallèle de la marche et de la course suivi du mécanime de la transition entre ces deux allures.** (*Parallelo fra il passo e la corsa*). In *Académie des sciences de Paris*, 1886.

Numerose differenze esistono fra il passo e la corsa. Da molto tempo si riconobbe che la corsa si caratterizza per momenti di sospensione, in cui il corpo è del tutto staccato dal suolo, v'hanno altri caratteri distintivi, che si rilevano colla crono-fotografia o col dinomografo. Così le inflessioni diverse della trajettoria di ciascun punto del corpo, gli acceleramenti, i rallentamenti della mossa, la durata, i doppi appoggi dei piedi o dei tempi di sospensione. Tali differenze poggiano nelle condizioni meccaniche della locomozione, nella forza muscolare, nel rapporto delle varie parti del suo corpo, nella importanza della sua mossa o dei pesi che sopporta. Dipendono dalla natura ed inclinazione del terreno.

Dal punto di vista ginnastico è utile definire le attitudini, che danno il massimo di effetto utile, cioè la maggiore velocità colla minore spesa di lavoro. Gli artisti dal loro canto trovano in questi studii il mezzo di rappresentare le attitudini, che esprimono la lentezza o la velocità della andatura, la calma o l'energia dei movimenti.

LXXIV. Marey. — **Étude de la locomotion animale par la chronophotographie.** (*Studio della locomozione animale colla crono-fotografia*). In: *Revue scientifique*, 1886.

Il movimento è attributo essenziale della vita. I muscoli vibrano di continuo sotto l'azione dei nervi motori. Il fisiologo tende di fissare con rigore i caratteri del movimento. Il metodo grafico esprime i cangiamenti di direzione, di velocità, cioè tutte le fasi del movimento.

Per lo studio completo della locomozione dell'uomo e degli animali, l'iscrizione meccanica deve cedere il posto alla cronofotografia. Il fotografo Muybridge dispose l'uno dietro l'altro una serie di apparati fotografici, davanti ai quali si faceva passare un cavallo in movimento. Man mano l'animale progrediva nei suoi movimenti, gli apparati fotografici si aprivano di seguito e ciascuno prendeva l'immagine dell'animale. Le immagini differivano perchè si erano formati successivamente, rappresentavano quindi l'animale nelle varie attitudini, nei vari istanti, in cui si presentava avanti all'apparecchio.

Oggidì grazie ai progressi della chimica fotografica, fotografando un uomo nudo in movimento, i suoi muscoli si possono designare colla parte, che ciascuno di essi prende nel moto eseguito. La trajettoria di un corpo in moto si ottiene colla fotografia del corpo avanti ad un fondo oscuro.

Per avere le indicazioni di tempo si deve interrompere ad intervalli eguali l'arrivo della luce sull'apparato fotografico. Il metodo detto cronofotografico fornisce la legge completa del movimento di un punto nello spazio.

L'Autore ebbe buone immagini in un 2/1000 di 1''.

Si può ridurre l'immagine di un uomo a delle linee, che per la loro lunghezza e direzione esprimono le attitudini successive del suo corpo e dei suoi arti. Invece di abito bianco si dà all'individuo abito nero, che davanti al fondo oscuro diviene quasi invisibile. Ma se sull'abito si mettono cordoni bianchi secondo la direzione dell'asse degli arti, dei bottoni bianchi sulle articolazioni, le parti bianche danno immagini e si ottiene sulla lastra sensibile un numero infinito di posizioni. Le cronofotografie parziali traducono le leggi di movimento d'ogni parte del corpo, la bilancia permette di misurare le mosse in movimento, si può dunque stabilire con precisione il lavoro speso nei vari atti della locomozione. Per la marcia più favorevole, la frequenza del passo è di 120 c.m. per minuto, per le corse, il numero deve essere circa di 214 per 1'.

Passi più rari o più numerosi darebbero minore effetto utile con maggiore lavoro. Dall'applicazione di tali sperienze si può regolare la cadenza del passo del soldato per risparmiare le loro forze.

Il moto degli esseri vivi è rigorosamente sottoposto alle leggi della meccanica. Quando un uomo salta un ostacolo, lasciando il suolo, il suo centro di gravità segue come un projettile la trajettoria parabolica. Per i suoi muscoli egli sposta le braccia e le gambe, nel suo tragitto aereo il centro di gravità del suo corpo non sarà spostato dalla sua strada.

In colui, che salta, la trajettoria del centro di gravità segue esattamente la curva parabolica, il saltatore alza le gambe quando deve superare un ostacolo, la sua testa si abbassa della quantità necessaria per mantenere il centro di gravità sulla trajettoria.

L'analisi della cronofotografia dimostra gli effetti meccanici di colpi delle ale, cioè le reazioni impresse al corpo dell'animale.

LXXV. Aducco. — **Contribution à l'étude du tétanos des muscles striés.** (*Contributo allo studio del tetano dei muscoli striati*). In: *Archives italiennes de biologie*, 1886. Tome VII.

Il muscolo bianco di coniglio può rispondere con scosse ad un numero di eccitamenti per secondi, che si trova fra 75 ed 86, cioè il muscolo bianco per entrare in tetano deve essere eccitato almeno 86 volte per 1''.

Il muscolo rosso di coniglio può rispondere ancora con 20 eccitamenti per 1'', dietro maggior numero di eccitamenti entra in tetano.

Il muscolo bianco abbisogna per tetanizzarsi di un numero di eccitamenti per secondi che sia almeno quattro volte maggiore di quello richiesto per il muscolo rosso.

Il minimo della durata di una scossa per un muscolo bianco del coniglio è una frazione di secondi compresa fra 1/96 e 1/86, il minimo della durata di una scossa per un muscolo rosso è una frazione di secondi molto vicina ad 1/20, cioè 4 volte maggiore.

LXXVI. Brown-Séquard. — **Recherches expérimentales paraissant demontrer que la rigidité cadavérique depend d'une contraction.** (*Esperienze che sembrano dimostrare che la rigidità cadaverica dipende da una contrazione*). In: *Académie des sciences de Paris*, 1886.

Secondo l'Autore, la rigidità cadaverica non dipende dalla coagulazione delle sostanze albuminose del muscolo. L'Autore sempre credette che la rigidità fosse una contrazione post-mortem. Ora benchè una coagulazione delle sostanze albuminose possa contribuire alla produzione della rigidità cadaverica, la causa principale e talvolta la sola sembra trovarsi in una vera contrazione, attività vitale benchè esista nel cadavere. Ricorda i fatti da lui osservati sopra braccia di uomini decapitati, nei quali avvicinandosi la rigidità cadaverica, la contrattilità muscolare modificata produce non moti rapidi ma accorciamento assai lento seguito da rilasciamento del pari lento.

Nelle rane vide talvolta che i muscoli per tutta la lunghezza si contraggono lentamente e restano definitivamente contratti passando allo stato di rigidità cadaverica.

L'Autore asserisce poi che l'esistenza della fluttuazione nello stato di rigidità cadaverica in tutta la sua durata, l'allungamento od il raccorciamento dei muscoli non possono essere spiegati colla coagulazione della sostanza albuminoide.

L'Autore dimostrò che la rigidità muscolare scomparsa può ricomparire; è solo nel momento della putrefazione che la rigidità scompare.

Con un motore idraulico mettendo in moto un arto di animale morto da qualche tempo, sia prima, sia dopo la rigidità (moto continuato per 6-10 ore), si vide che mentre il membro è mosso, resta flessibile, ma divien rigido tosto cessato il movimento.

LXXVII. Zaleski. — **Das Eisen und das Hämoglobin im blutfreien Muskeln** (*Il ferro e l'emoglobolina nei muscoli privi di sangue*). In: *Centralblatt für die med. Wisserschaften*, 1887.

Un gatto di 3 mesi fu dissanguato dalla carotide; il sistema vasale fu privato di sangue per mezzo di soluzioni di zucchero di canna al 25 per 100. I muscoli fornirono ancora 0,0206 gr. di ferro per 100 gr. di sostanza essiccata. Per confronto, ad altro gatto fu dall'Autore injettato nei vasi del tartrato ferrosodico, quando l'animale era stato trattato in quel modo, si trovò nel muscolo meno di ferro 0,0073 per 100. Nè colla reazione diretta del ferro, nè per l'estrazione coll'acido idroclorico, che contiene dell'alcool si può dimostrare il ferro. Il ferro si trova in combinazione organica nei muscoli.

LXXVIII. Zassietzky. — **Influence des mouvements musculaires sur les échanges interstitiels des matières azotées.** (*Influenza dei movimenti muscolari nel ricambio interstiziale delle sostanze azotate*). In: *Archives slaves de biologie,* 1886.

Uomini sani dopo di avere passato due o tre volte 24 ore in riposo assoluto, marciarono per due, tre giorni durante 12 ore al giorno. Si nutrivano solo con del latte. Di quindici sperienze fatte si concluse che i ricambi delle sostanze aumentano in media del nove per 100. La quantità di orina pure aumenta, ma i movimenti prolungati non esercitano influenza apparente nè sull'assimilazione delle sostanze azotate nè sulla quantità di latte ingerito dall'individuo sopra, il quale si sperimentò.

LXXI. X. Maje A. — **Untersuchungen über die Wärmenstrahlung des menschlichen Körpes.** (*Ricerche sopra l'irradiazione di calorico del corpo dell'uomo*). In: *Virchow's Archiv,* 107 Band.

Le ricerche si fecero per mezzo di un termoscopio fondato sul principio del bolometro di Langley.

I raggi calorifici delle parti del corpo per l'ordinario coperte, aumentano di continuo dopo lo svestimento, mentre la temperatura propria della cute si abbassa. Lo stesso avviene quando la pelle per mezzo di bagno di acqua fu moderatamente raffreddata.

Dopo forte raffreddamento, il potere d'irradiazione diminuisce mentre discende la temperatura propria, e ciò nelle persone sane e febbrili.

Per aumento artificiale della temperatura della cute, per mezzo di bagno caldo locale, aumenta l'intensità dell'irradiazione. Dopo sforzi musculari, fregamento della pelle ed altri eccitamenti cutanei, cresce l'irradiazione termica.

Nell'uomo l'intensità della irradiazione della pelle è maggiore che nelle donne, nei fanciulli è maggiore che negli adulti, nelle persone giovani e forti è maggiore che nei vecchi e deboli.

La quantità di calorico che un uomo forte a temperatura media della camera emette per 1 c.m.q. di superficie del corpo in 1" è eguale a 0,001 gr. calorie, e per tutta la superficie del corpo (82 chilogr. con superficie di 20,000 centim. q.) in 24 ore si può calcolare a 17,000,000 G. calorie.

La differenza di temperatura fra il corpo e l'ambiente ha nessuna influenza essenziale sulla irradiazione calorifera della pelle. Ora per l'azione del freddo si ha contrazione dei muscoli lisci cutanei, che rende la superficie ineguale e produce maggiore irradiazione di raggi, d'altra parte il freddo moderato aumenta fino a determinato grado il ricambio della materia, epperciò il movimento molecolare nella cute, che si può scoprire per l'azione dell'intensità dell'irradiazione.

LXXX. HUNKEL. — **Ueber die Temperatur der menschlichen Haut.** (*Sulla temperatura della pelle dell' uomo*). In: *Sitzungeber. die physic. med. Ges. in Würzburg.*

L'Autore col metodo termoelettrico misurò la temperatura della pelle dell'uomo in diversi punti del corpo, in diverse età, sotto varie condizioni esterne ed interne. La temperatura della superficie del ragazzo è 2-6° C. minore di quella dell'adulto.

La temperatura della pelle dell'uomo da 20-30 anni si aggira attorno a 31°. In un fanciullo molto forte di 2 anni variava da 25-28° C. Anche nelle parti coperte era da 26-27° C.

A tale temperatura l'adulto ha già il senso di brivido. L' ambiente dove si presero le temperature era di circa 20° C.

LXXXI. FREDERICQ. — **Chaleur et travail musculaire.** (*Calore e lavoro muscolare*). In: *Revue scientifique*, 1887.

L'Autore dopo di aver fatto la critica della memoria di Sanson sull'energia muscolare e calorico animale, ricorda le seguenti cifre di calorie di combustione che sono del Danislewski e Rechenberg, che sono da preferirsi a quelle di Frankland.

1000 grammi	di fibrina danno	. . .	5830	di calore
» »	di caseina »	. . .	5950	»
» »	di albumina veg.	.	6200-6300	»
» »	di peptoni	. . . . . .	4900	»
» »	di grasso	. . . . . .	9842	»
				(Danislewski)
» »	di fecula	. . . . . .	4479	calorie
» »	di destroso	. . . . .	3939	»
» »	di maltoso	. . . . .	4163	»
				(Rechenberg)

Colla seguente tavola si ha il numero di calorie poste in libertà per unità di peso di ossigeno consumati, di CO^2 esalato, di azoto e di urea escreti secondo che si tratta della distruzione organica di albumina, di grasso, di fecola o di destroso.

	Calorie di combustione per 1 grammo			
	O. assorbito	CO^2 esalato	Azoto escreto	Urea escreta
Album. vegetale Calorie . .	3,380	2,930	31,800	14,860
Grasso . . . . . » . . .	3,370	3,460	»	»
Fecola . . . . . » . . .	3,797	2,750	»	»
Destroso . . . . . » . . .	3,695	2,687	»	»

La migliore misura indiretta della produzione di calore organico nell'adulto è data dalla intensità di consumo d' ossigeno. Ogni gramma

di ossigeno consumato corrisponde alla stessa quantità di calore prodotto per qualsiasi natura di alimento ossidato del corpo.

LXXXII. CHAUVEAU A. e KAUFMANN. — **La glycose, la glycogéne, la glyogénie en rapport avec la production de la chaleur et du travail mécanique dans l'économie animale.** (*Il glicosio, il glicogeno e la glicogenia in rapporto alla produzione di calorico e di lavoro meccanico nell' economia animale*). In: *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris,* 1886.

Gli animali erano tenuti digiuni, in tal condizione si vede il fegato fornire del glucosio al sangue, e tal glucosio è il principale elemento delle combustioni organiche, sorgente di calore animale e di lavoro muscolare, poichè tale alimento prende al sangue la maggior parte dell'ossigeno assorbito nei capillari.

La produzione di calore e di lavoro muscolare è sì bene collegata nell'economia animale alla funzione glicogenica ed al consumo di glicosio che il fegato versa questa sostanza più abbondante nel sangue quando uno o molti organi funzionano in modo attivo.

Al contrario quando al limite estremo dell' astinenza prolungata il fegato non riceve più dall'economia spostata i materiali necessari all'esercizio della funzione glicogenica, lo zucchero scompare del tutto dalla massa del sangue, v'ha arresto delle combustioni, raffreddamento e morte.

LXXXIII. CHAUVEAU A. e KAUFMANN. — **Expériences pour la détermination de coefficient de l'activité nutritive et respiratoire des muscles en repos et en travail.** (*Coefficente dell'attività nutritiva e respiratoria dei muscoli in riposo ed in lavoro*). In: *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris,* 1887.

Si determinò per un peso del tessuto muscolare vivo e nelle condizioni fisiologiche normali del tessuto: 1.° la quantità di sangue che lo traversa nella unità di tempo per nutrirlo; 2.° il peso di ossigeno assorbito dal tessuto e dal CH^2 escreto nella stessa unità di tempo; 3.° le sostanze che danno il carbonio del CO^2. In altre parole, si cercò di fissare il coefficiente di attività nutritiva e respiratoria del tessuto muscolare in riposo ed in lavoro, cioè l'attività specifica degli scambj intra-muscolari.

L' esperienze furono fatte sul muscolo elevatore proprio del labbro superiore del cavallo, muscolo che a volontà dell' osservatore può essere posto in riposo, oppure inattività fisiologica essendo la sua funzione intimamente collegata colla masticazione. Spesso l' emuntorio venoso è unico, il che permette di raccogliere solo il sangue, che sorte dal muscolo.

Si può quindi pesare il sangue che scola dalla vena in un tempo dato, analizzarlo, compararlo al sangue, che entra nell'organo e rap-

portare al peso del muscolo i risultati avuti. Con tali elementi si può calcolare per un gramma di tessuto muscolare ed 1 minuto l'attività specifica dei fenomeni circolatorj, dell'assorbimento dell'ossigeno, dell'escrezione di CO^2, dalla ritenzione del glicosio nell'attività e nel riposo del muscolo.

In un esempio si ha che nello stato di riposo il muscolo prende dal sangue 2,cc.17 di O, gli cede 1,cc.94 di CO^2; nello stato di attività il muscolo prende dal sangue 11,cc.50 di O, e gli cede 14,cc.35 di CO^2. Riportandosi i valori ad 1,8 di tessuto muscolare e ad 1', si ha:

	Riposo	Lavoro
Irrigazione sanguigna media . . .	0,14200000	0,95200000
Assorbimento di ossigeno	0,00000419	0,00014899
Emissione di CO^2	0,00000518	0,00025709

LXXXIV. Chauveau A. e Kaufmann. — **Conséquences physiologiques de la détermination de l'activité specifique des échanges ou du coefficient de l'activité nutritive et respiratoire dans les muscles en repos et en travail.** (*Conseguenze della determinazione del coefficiente di attività nutritiva e respiratoria nei muscoli in riposo ed in lavoro*). In: *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris*, 1887.

La quantità di sangue, che passa in 1' a traverso il tessuto muscolare attivo equivale in media a 0,850 il peso del muscolo negli individui magri, i cui muscoli hanno piccola massa.

Il coefficiente cresce o decresce coll'attività funzionale del muscolo.

In uno stesso muscolo, che compie lo stesso lavoro, il coefficiente d'irrigazione sanguigna è quasi costante.

Del pari succede in individui differenti; i loro muscoli hanno lo stesso peso ed eseguiscono lo stesso lavoro.

Per uno stesso lavoro compiuto, l'irrigazione sanguigna specifica tende ad essere inversamente proporzionata al peso dei muscoli, che eseguiscono lo stesso lavoro. La stessa somma di lavoro esige la stessa quantità di sangue per l'irrigazione nutritiva e respiratoria dei muscoli, qualunque sia la loro massa.

La quantità di sangue, che passa in 1' attraverso il tessuto muscolare in stato d'inattività, equivale in media a 0,175 del peso dei muscoli in soggetti magri.

Il coefficiente di attività circolatoria varia molto nel riposo, non solo fra individuo e l'altro, ma anche nello stesso individuo.

La proporzione di ossigeno, che il sangue abbandona in 1' al tessuto muscolare durante il lavoro equivale in media a *0,00014200* del peso del muscolo ne' soggetti magri.

Tale coefficiente cresce o decresce coll'attività funzionale del tessuto muscolare e tende a prendere valore inversamente proporzionale al peso dei muscoli quando questi fanno lo stesso lavoro.

La quantità di ossigeno contenuto nell'acido carbonico, che il sangue prende al muscolo è superiore di quella, che riceve dal muscolo. Il rapporto medio di queste due quantità è di 1,223.

L'ossigeno ceduto al muscolo dal sangue, paragonato all'ossigeno necessario per la combustione del carbonio contenuto nel glicosio preso dal muscolo al sangue durante il lavoro, presenta leggero accesso. Il rapporto è di 1,057.

La quantità di ossigeno che il sangue abbandona in 1' al tessuto muscolare durante l'inazione equivale in media a *0,00000690* del peso del muscolo. Questa enorme differenza si accentua ancora quando si paragonano questi due stati al punto di vista della produzione di CO^2. Ma questa accentuazione può non essere che il risultato della difficoltà, che presenta la determinazione esatta del CO^2 del sangue.

L'ossigeno assorbito dal muscolo in riposo non si ritrova nell'acido carbonico escreto dal tessuto muscolare. L'eccesso alimenta l'immagazzinamento dell'ossigeno durante lo stato d'inattività del muscolo.

La quantità di carbonio abbruciato in 1' del tessuto muscolare durante il lavoro equivale in media a 0,00006700 del peso del muscolo. È superiore a quella fornita dal glicosio, che scompare nel sangue. L'eccedente viene sia dallo zucchero immagazzinato nel riposo, sia da altre sostanze, principj grassi od azotati.

La quantità di carbonio abbruciato in 1' dal tessuto muscolare allo stato d'inattività equivale in media a *0,00000190* del peso del muscolo. La quantità di carbonio fornito al muscolo in riposo dal glicosio, che scompare dal sangue è superiore a quella che è trasformata in CO^2. Dunque parte di questo glucosio non è utilizzata direttamente nella combustione del muscolo attivo. È l'origine della riserva del glicosio, che si consuma durante il lavoro.

LXXXV. Munk J. — **Zur Lehre von der secretorischen und syntetischen Processen in der Niere, sowie zur Theorie der Wirkung der Diuretica.** (*Teoria dei processi secretori e sintetici dei reni e teoria dell'azione dei diuretici*). In: *Virchow's Archiv*, 107.

L'Autore fece ricerche su reni di cane, in cui si faceva passare corrente artificiale di sangue. Dall'uretere si aveva liquido giallognolo, neutro o debolmente alcalino che contiene albumina, privo di sostanza colorante di sangue ed ha i principj dell'urina, cloruro di sodio, urea, creatinina.

La pressione del sangue ha solo influenza sulla velocità della corrente. L'epitelio renale del pari che il contenuto del sangue hanno proprietà di formare le sostanze, che hanno urina.

Il sangue di cane digiuno non possiede od in grado minimo il potere secernente; il sangue di animale, che mangiò, favorisce la secrezione.

Le sostanze diuretiche: quali urea, cloruro di sodio, nitro, caffeina,

glucosio, glicerina, pilocarpina e chinino rinforzano anche in piccola dose la corrente renale, il cloruro di sodio 2 % rinforza la secrezione di 8-15 volte. Aumentasi la velocità del sangue, allargasi i vasi renali.

LXXXVI. BUM. — **Influenza degli stropicciamenti (massage) sulla secrezione renale.** (*Riforma medica*, 1887).

Gli sperimenti furono fatti sopra cani curarizzati. L'urina si raccoglieva dagli ureteri dentro vasi graduati.

La secrezione urinaria aumentava col massaggio praticato negli arti inferiori.

L'aumento della secrezione urinaria per opera del massaggio era maggiore quando s'injettava nelle vene una soluzione di cloruro di sodio.

LXXXVII. ADUCCO. — **Reazione dell'orina in rapporto col lavoro muscolare.** (*Giornale dell'Accademia medica di Torino*, 1887).

Durante la fatica la reazione dell'orina dei cani diventa prima meno acida, poi alcalina. Ridiventa acida nel riposo successivo.

L'alcalinità dell'orina di cane, che lavora, è dovuta alla presenza di carbonati, di alcali fissi e di alcali volatili in proporzioni non costanti.

La quantità di urea, che si trova nelle orine estratte durante le ore di corsa, in complesso è minore della quantità, che se ne trova nelle orine emesse prima o dopo la corsa.

I carbonati, che danno luogo alla alcalinità dell'orina di un cane che lavora sono un prodotto del ricambio materiale, che ha luogo nell'intimità dei tessuti. Il che vorrebbe dire che durante la fatica vengono consumate specialmente quelle sostanze, che danno dell'acido carbonico come prodotto ultimo della loro trasformazione.

Questi risultati concordano colla teoria di Traube, che il muscolo lavorando consuma dei materiali privi di azoto, quali il glicogeno, lo zucchero, i grassi. È le ricerche di Fick e Vislicenus parlano in questo senso.

LXXXVIII. SANARELLI G. — **Assenza di acido urico e reazione alcalina dell'orina in animali carnivori.** (*Annali di chimica e di farmacologia*, 1887).

La reazione dell'orina in un animale abitualmente carnivoro e nutrito con alimenti carnei o misti può essere alcalina.

Queste medesime orine possono mancare di uno dei principali prodotti di ossidazione organica, cioè dell'acido urico.

La mancanza di acido urico può verificarsi anche quando esse abbiano una reazione eccezionalmente acida.

[illegible] — **Sur l'action du régime lacté sur l'excrétion de l'urée.** [illegible] *nell'escrezione dell'urina*, in: *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris*. 1887.

[illegible] persone prima [illegible] e dopo dieta lattea [illegible] regime [illegible] regime [illegible] alimentazione [illegible] urea escreta aumenta da 5 [illegible] mentre quando [illegible] urea escreta aumenta [illegible]

[illegible] — **Zur Frage der Trypsinausscheidung durch der Harn, nebst einer Methode zum Nachweis kleiner Trypsinmengen.** [illegible] *metodo per dimostrare* [illegible] in: *Pflüger's Archiv*, XXXIX.

[illegible] digestione di orina [illegible] dimostrare nella fibrina. L'Autore [illegible] acqua e [illegible] cautele per [illegible] per 18-22 ore [illegible] si aggiunge soluzione di soda e si digerisce per 5 ore a 40°. Per riconoscere la [illegible] si fa una macerazione per 14 giorni di 177 gr. di pancreas in 200 gr. di glicerina. Di questo infuso si mettono da 1-2 goccie in 1 litro di acqua. In tale liquido si può facilmente riconoscere la tripsina.

Aggiungendo due goccie di soluzione di timol alcoolica al 25 % a 4 c.c. di soluzione jodica, si impedisce la digestione della fibrina carica di tripsina.

Esaminando l'orina di uomo e di cane in diversi tempi, si riconobbe essere priva di tripsina.

XCI. Posner. — **Ueber Eiweiss im normalen Harn.** (*Albumina nell'orina normale*). In: *Virchow's Archiv*, 104.

Il precipitato che si ottiene dall'orina filtrata con diligenza dopo lebullizione, o per azione dell'alcool o del tannino è corpo caratterizzato da insolubilità nell'acido nitrico, solubilità nell'acido acetico e potassa, che nella soluzione acetica è precipitato del ferrocianuro di potassio, dell'acido nitrico, dell'acido metafosforico, acido picrico, che dopo ebullizione con potassa e solfito di rame prende colore violaceo, che con soluzione di acido formico riduce il color d'oro con colore rosso. Tale corpo per le sue reazioni corrisponde al siero albuminoso.

L'orina si tratta con acido acetico, si lascia stare per 24 ore, si filtra e si evapora; arrivata ad una data concentrazione, si hanno le reazioni dei corpi albuminosi, sovratutto col ferrocianuro di potassio

X(?)II. Duden. — **Ueber physiologische Albuminurie.** (*Sopra l'albuminuria fisiologica*). In: *Dissert. inaug.* Berlin, 1886.

L'Autore riconobbe pure nel laboratorio di Senator, che l'nrina di individui sani contiene albumina.

XCIII. Blomfield. — **Albuminometry and Esbach's Tubes.** (*Albuminometria e tubi di Esbach*). In: *The Lancet*, 1886.

L'Autore usò per la determinazione dell'albumina nell'orina dei tubi di Esbach. Quale reagente si serve di soluzione di 10 gr. di acido picrico e 20 gr. di acido citronico in 1 litro.

I tubi portano un segno fin dove si deve mettere l'urina e fin dove si deve porre la soluzione picrica. Dopo forte scotimento si lascia per 24 ore in riposo e si riconosce il contenuto di albume in grammi per ogni litro di orina. I tubi si trovano in Parigi da Brewes Frères, N. 43, rue S. André des Arts.

XCIV. Raspopoff. — **Influence du travail intellectuel sur l'échange interstitiel des matières azotées et de l'acide phosphorique.** (*Influenza del lavoro intellettivo sullo scambio interstiziale di materie azotate e dell'acido fosforico*). In: *Archives slaves de biologie*, 1886.

Studiò su cinque individui l'influenza dell'attività cerebrale sui processi chimici dell'organismo. Si vide su di essi che durante il lavoro intellettivo si ha meno di azoto (da 0,4-7 %) che negli individui in riposo — (sopra quattro) — meno di acido fosforico (in tre), un effetto contrario per l'azoto (in uno) ed in due per l'acido fosforico.

XCV. Gréhant et Quinquand. — **Recherches sur les formiates introduits dans l'organisme.** (*Ricerche sui formiati introdotti nell'organismo*). In: *Archives de Physiologie*, 1887.

Dalle analisi fatte, risulta che il formiato di soda injettato nelle vie digestive o nel sangue, passa per la maggior parte nelle orine senza provare la minima decomposizione.

XCVI. Colasanti. — **Le reazioni della creatinina.** (*Bullettino dell'Accademia Medica di Roma*, 1886-87).

La più bella e sensibile reazione della creatinina è quella di Weyl: mescolare alcune gocciole di soluzione debolissima acquosa di nitro prussito sodico ed altrettanto idrato sodico diluito.

Salkowski ed altri parlarono dell'acido acetico ghiacciale, utile per la reazione complementare della creatinina.

L'Autore vide che la reazione si può anche ottenere a freddo con l'acido formico dopo passate alquante ore dalla reazione Weyl, cioè dopo iniziata la scomposizione del nitro prussito sodico.

A meglio compiere la ricerca, l'Autore raccolse le orine delle 24 ore

e coll'idrato di barite precipitò le sostanze inorganiche, a bagno maria ridusse il liquido ad un quinto del volume. L'orina così concentrata dà marcata la reazione di Weyl. La reazione di Weyl sull'orina tenuta in riposo fino a 30 giorni continua a dare la reazione complementare di Salkowski coll'acido acetico ghiacciale, coll'acido formico, propionico, butirrico, valerianico, ossalico, succinico, tartarico, melite, citrico, ecc.

La creatina, coll'alterarsi dell'orina, non modifica la sua proprietà.

Sterilizzando l'orina col metodo di Pasteur, ed in piccoli fiaschi conservata per 32 mesi, dava sempre la ricordata reazione.

XCVII. Guareschi. — **Reazione di Weyl per la creatinina.** (*Annali di chimica e farmacologia,* 1887).

La reazione di Weyl consta nell'aggiungere a soluzione di creatinina alcune goccie di soluzione di nitroprussiato sodico, poi alcune goccie di soluzione di carbonato sodico: si ha colore rosso, se il liquido rosso è passato al giallo poscia se si fa bollire con acido acetico si ha colore verde-azzurro. Anche la creatinina fornisce tale reazione perchè poco a poco si cangia in creatinina.

Soluzioni di 0,587 p. 1000 di creatinina danno ancora la reazione.

L'Autore vide che altri corpi azotati simili alla creatinina danno tale reazione così la tioidontoina, la metildantoina, la idantoina, col prodotto della fusione dell'urea o della solfurea ed un amidoacido generatore d'una idanzoina come urea e glicocolla, urea e sarcosina, sulfurea e glicocolla, solfurea e sarcosina. Anche col prodotto di fusione di urea con alamina si ha la stessa reazione.

XCVIII. Ashdown. — **On absorption from the mucous membranes of the urinary bladder** (*Assorbimento dalla membrana mucosa della vescica urinaria*). In: *The Journal of Anatomy und Physiologie,* XXI, 1887.

L'Autore sui conigli col catetere iniettò stricnina, eserina, morfina, curaro, acido prussico in soluzione acquosa, in tutti i casi si ebbero sintomi tossici, in tempo che variò fra 4'-78'. Potè narcotizzare animali con etere e cloroformio emulsionato nell'olio di mandorle.

Injettando nei conigli soluzione di ioduro di potassio o di salicilato di soda si ritrovarono queste sostanze nella orina, che fuori esciva dall'uretere.

In due cani provvide di cannula gli ureteri e sulla vescica previamente bene lavata injettò soluzione di urea titolata. Dopo 5-6 ore si tolse del tutto questa soluzione e l'urea fu sperimentata col metodo Liebig. Trovò diminuzione del liquido del 3-4 per 100 e dell'urea del 10 al 19 per 100.

L'Autore riconobbe nei suoi esperimenti contrazione ritmica della musculatura della vescica e riconobbe il fatto con un manometro ad acqua, che era in rapporto col contenuto della vescica.

XCIX. BARDELEBEN. — **La glande tyroïde.** (*La ghiandola tiroidea*). In: *59 Congrès des naturalistes et médecins allemands*, 1886.

L'Autore non crede che la ghiandola tiroide sul cane, gatto, capra, abbia eguale funzione nell'uomo. Non vide cachessia in 12 persone operate. È raro il trovare nell'uomo tiroidi accessorie.

C. DUBOIS e ROUX. — **Action anestésique du méthylchloroforme** (*Azione anestetica del metilcloroformio*). In: *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris*, 1887.

Questo corpo ha il punto di ebullizione più elevato del cloroformio, non ha l'odore penetrante e soffocante di questo. Agisce rapidamente, il sonno si produce in 5'-6' e l'anestesia è completa in 7'-8'.

La respirazione è presto calma e regolare, e perdura durante il sonno.

Il risveglio completo si produce senza nausee, o malessere uno o due minuti dopo cessate le inalazioni. È un poco più lento nella sua azione che il cloroformio.

CI. PINET. — **De l'action physiologique de l'ulexine.** (*Azione fisiologica dell'ulexina*). In: *Archives de Physiologie*, 1887.

L'ulexina è un alcaloide estratto da Gérard. Ha massa cristallina, incolora, inodora, molto solubile nell'acqua, di gusto amaro, leggermente acre. Cogli acidi forma sali cristallini solubili nell'acqua. È un agente paralizzante, che può determinare convulsioni cloniche.

Dallo studio dell'Autore, risulta che non v'ha reale antagonismo fra l'ulexina e la stricnina. L'ulexina molto attiva maschera per certo tempo gli effetti della stricnina, la sua azione si dissipa più presto della stricnina, ne segue quindi che lo stricnismo, che era per così dire allo stato latente, appare dacchè l'animale non è più sotto l'influenza della ulexina.

CII. MOSSO U. — **Dell'azione fisiologica della cocaina.** (*R. Accademia dei Lincei*, 1885-86).

La cocaina a dosi elevate paralizza il midollo mentre sono ancora intatti i nervi di moto ed i nervi sensibili nella loro parte periferica. La conducibilità del midollo è sospesa, ed è impedita la funzione delle cellule nervose, che prendono parte alla produzione dei movimenti riflessi. Il meccanismo di azione della cocaina è differente da quello del curaro e della stricnina e solo nell'ultimo periodo di avvelenamento per dosi elevate essa diminuisce l'eccitabilità dei nervi motori.

I cuori linfatici cessano quasi immediatamente di pulsare e questo arresto dipende dalla cessata funzione del midollo spinale e non dall'azione locale della cocaina sulle fibre musculari dei cuori linfatici.

La cocaina produce accessi convulsivi che non dipendono da cause esterne, ma hanno loro origine nei centri, e forse la natura intima

delle convulsioni dipende da disturbi di nutrizione, i quali raggiungono, più o meno presto, tale intensità da produrre contrazione spasmodica dei muscoli. I cani e porcellini d'India divenuti insensibili per gli eccitamenti esterni, hanno ancora con eguale intensità e spontaneamente degli accessi.

Il midollo spinale può di per sè, senza che vi concorra il cervello od il midollo allungato produrre delle forti contrazioni nelle estremità, che rassomigliano agli accessi di convulsioni caratteristici per l'azione della cocaina nell'animale illeso.

L'aumento di frequenza del respiro nell'avvelenamento per cocaina non è prodotto in via riflessa da ciò, che l'animale senta meglio la venosità del sangue, l'aumento di frequenza è invece un fatto solo nervoso dovuto all'azione della cocaina, che malgrado l'attività maggiore dei centri respiratori, li mette in condizione di non potere più provvedere in modo conveniente ai bisogni chimici dell'organismo lasciando che la ventilazione dei polmoni divenga insufficiente.

La cocaina è un rimedio eccitante della respirazione.

Nel cuore di rana isolato, studiato per mezzo dell'apparecchio di Roy colla circolazione sanguigna artificiale si riconobbe che a piccole dosi è un eccitante del cuore, a più forti dosi arresta il cuore. Con soluzioni fortissime di cocaina si arresta il cuore in sistole.

Di regola non si produce modificazione sulla frequenza delle sistoli cardiache durante gli accessi convulsivi di cocaina.

Nel cane durante gli accessi di convulsione, prodotti dalla cocaina cresce molto la pressione sanguigna ma non si modifica la frequenza dei battiti cardiaci.

Il cuore per effetto della cocaina aumenta non solo la frequenza, ma anche la forza delle sue sistoli.

La frequenza maggiore dei battiti del cuore per azione della cocaina non dipende da paralisi dei vaghi, perchè questi sono ancora eccitabili per correnti indotte anche quando sono date fortissime dosi di cocaina.

La cocaina agisce sul vago e lo rende meno sensibile agli eccitamenti elettrici, ma questa azione è poco durevole ed anche per dosi fortissime può cessare se non si rinnovano le amministrazioni del farmaco. Che i vaghi non abbiano perduto la loro eccitabilità si ha pure nel fatto che qualche volta anche dopo fortissime dosi, il respiro durante l'eccitamento cambia di forma, diviene regolare.

Per dosi fortissime non si ebbe mai rallentamento dei battiti del cuore.

In media bastano 1-2 centigrammmi di cocaina per kilogramma, per produrre aumento durevole della pressione sanguigna sul cane, solo quando la dose di cocaina è più forte, si produce abbassamento della pressione.

Le dosi medie di 1-2 centigrammi per chilogramma lasciano persi-

stere la funzione dei centri vasomotorj e lo oscillazioni nella tonicità dei vasi sanguigni.

Per istudiar l'azione della cocaina sulle pareti dei vasi sanguigni indipendenti dai nervi e dai centri vasomotorj, l'Autore scrisse la pressione nei cani col midollo tagliato fra l'atlante e l'occipite, ai quali si danno forti doti di cocaina.

Colla cocaina s'impedisce l'abbassamento della pressione ed il raffreddamento, che si ottiene dopo il taglio del midollo spinale.

La cocaina a forti dosi produsse prima abbassamento della pressione per la sua azione deprimente sul cuore, e dopo la pressione si è sollevata.

La cocaina ha diretta azione sui vasi sanguigni. Questo studio l'Autore volle fare anche colla circolazione artificiale degli organi estirpati così sul rene di cane. Da queste esperienze concluse che a piccole dosi circa 1 centigramma per 1 chilogramma dell'animale non si hanno effetti sensibili sui vasi sanguigni. Alla dose da 2 a 7 centigr. per chilogramma si produce forte paralisi dei vasi sanguigni negli organi estirpati.

La cocaina amministrata nelle vene o nei polmoni produce diminuzione passeggera nella frequenza del respiro e con effetto persistente e caratteristico un acceleramento dei moti respiratorj. Le dosi più forti arrestano isolatamente ora il diaframma ed ora il torace.

Quando l'azione della cocaina si diffonde al midollo allungato, si osserva una modificazione nel ritmo respiratorio, che precede gli accessi accelerandone la frequenza.

La cocaina nel suo primo periodo di azione, eccita i centri respiratorj produce aumento sulla frequenza e sull'ampiezza dei moti respiratorj.

Le forti dosi di cocaina producono la morte perchè arrestano i movimenti del respiro. La respirazione artificiale è il mezzo più efficace per tenere in vita gli animali quando la cocaina sospende i movimenti del respiro. Quando per la cocaina l'animale cessa di respirare, il cuore batte ancora per qualche tempo.

La cocaina fa crescere più sollecitamente e maggiormente la temperatura dell'organismo e per questo fatto non abbisogna che siano intatte le vie nervose, che uniscono il cervello al midollo spinale. Come nel cervello si ammettono dei centri termici, così se ne debbono trovare nel midollo spinale: anche dopo il taglio del midollo allungato può essere aumento di temperatura.

La cocaina deve considerarsi uno dei migliori eccitanti del sistema nervoso e può avere applicazione contro gli avvelenamenti per i narcotici.

L'animale, per azione della cocaina, può svegliarsi dal sonno cloralico senza che si sospenda la diminuzione della temperatura data dal cloralio. Cloralio e cocaina si elidono nei loro effetti. Il cloroformio e

l'etere si possono pure considerare antagonisti della cocaina. La cocaina può forse sostituire la stricnina nei suoi usi terapeutici perchè meno velenosa della stricnina.

CIII. SINIGHELLI G. — **Contribution à l'étude de l'action physiologique de la cocaïne.** (*Studio dell'azione fisiologica della cocaina*). In: *Archives italiennes de Biologie,* 1886.

La cocaina può produrre la paralisi dei muscoli motori del bulbo oculare e dei muscoli striati in generale purchè siano molto piccoli.

La cocaina produce dilatazione pupillare paralizzando temporariamente le fibre muscolari dell'iride.

Si produce la stessa azione per le fibre muscolari liscie dell'intestino.

CIV. WEIR MITCHELL e REICHERT. — **Le venin des serpents.** (*Il veleno dei serpenti*). In: *Revue scientifique,* 1887.

I bacteri, che si trovano nel veleno recente, non hanno azione specifica, che hanno invece le sostanze proteiche, le globuline, i peptoni, che costituiscono gli elementi tossici. I veleni possono essere essiccati, conservati all'infinito con poca diminuzione di loro tossicità. Introdotti nello stomaco a digiuno sono assorbiti e possono in date proporzioni portare la morte, durante la digestione introdotti nel ventricolo sono alterati, neutralizzati.

Il permanganato di potassa, il percloruro di ferro, la tintura di sodio sono antidoti locali più attivi. Uno degli effetti dei veleni è quello di trasformare i globuli rossi del sangue in masse sferiche e molli fondendosi in amassi irregolari simili a sostanza colloidea. Tale azione spiega il meccanismo dello stravaso di sangue e de'disordini del respiro, uno dei principali sintomi degli avvelennmenti. Il centro bulbare è il più colpito; v'ha duplice azione sul cuore, una diretta e moderatrice, l'altra centrale ed avvelenatrice, che gli Autori dissociarono coll'esperimento. La morte arriva per paralisi dei centri respiratorii.

CV. DUBOIS R. — **Les Élatérides lumineux.** (*Gli elateridi luminosi*). In: *Thèse de la Faculté des sciences de Paris,* 1886.

L'Autore studiò il *pyrophorus noctilucus* abbondante nell'America intertropicale. È animale lungo da 22-23 m.m., che spande viva luce di notte.

L'ovicino pure è luminoso quando si trova ancora nell'ovidotto, emette splendore azzurrognolo, che perdura nel tempo dello sviluppo. All'oscurità manda luce continua. La fecondazione non è necessaria per la produzione di luce nell'uovo, ma gli ovicini non fecondati restano luminosi per poco tempo. L'ovicino ha reazione acida. La produzione della luce continua nell'ovicino, ma nelle larve di prima età si osserva la luce quando sono eccitate meccanicamente, od elettricamente od alla temperatura di 25°-38°.

La luce emana da regione, che sta fra il bordo posteriore della stessa ed il bordo anteriore del primo segmento toracico; in questa regione trovansi due organi particolari accollati l'uno all'altro nella linea mediana e si riferiscono ai segmenti cefalico e protoracico.

Quando la larva ha 18 millimetri, i punti d'onde emerge la luce sono meglio circoscritti. L'insetto possiede tre organi luminosi: due protoracici ed uno ventrale.

La luce del piroforo dà spettro continuo, esteso dal lato del rosso fino ai primi raggi azzurri; i suoi limiti da un lato si avvicinano alla linea B, dall'altro alla linea E. La composizione dello spettro cangia quando varia l'intensità della luce. Quando lo splendore diminuisce, lo spettro si raccorcia un poco dal lato azzurro, molto dall'altro lato. L'effetto inverso si produce quando l'animale comincia ad essere luminoso. Il massimo di luce corrisponde per lo spettro continuo dell'animale alla lunghezza di onda 528 μ 56; l'intensità visiva di questa luce è assai grande. Un occhio emmetropo può in locale oscuro leggere con un solo insetto alla distanza di 0,^{m}33 i caratteri corrispondenti a D=0,5 della scala di Sneller, essendo il fuoco luminoso posto a 0,^{m}15 dalla tabella. La luce non ha raggi polarizzati; contiene molti raggi chimici, sicchè si può avere riproduzione fotografica degli oggetti da essa schiariti; non ha influenza sui vegetali, giacchè non permette lo sviluppo della clorofilla; non ha raggi infrarossi.

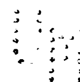
La luce emessa dagli apparati protoracici di sei pirofori, non mette in movimento le alette di un radiometro. Con una pila di Melloni si constatò produzione di calorico capace di produrre lieve deviazione dell'ago del galvanometro a riflessione. Negli organi luminosi non si osservarono manifestazioni elettriche. Tutta l'energia dell'insetto è convertita in luce.

Ad ogni periodo di sviluppo gli urti, gli eccitamenti meccanici produssero od attivarono la produzione della luce, la quale si estingue per la fatica quando gli eccitamenti meccanici furono troppo ripetuti o troppo intensi.

Gli organi luminosi separati dal corpo dell'insetto sono pure brillanti. Un eccitamento avviva il loro splendore o lo fa riapparire quando è spento.

L'insetto privo di acqua perde la sua facoltà fotogenica, la ricupera quando è rimesso nell'acqua. Gli ovicini essiccati non perdono la proprietà fotogenica. Essiccati nel vuoto, gli organi luminosi si polverizzano, se allora si umetta la polvere con un po' d'acqua la massa diventa luminosa ancorchè l'acqua di recente bollita sia priva di gas.

Contro l'idea, che la luce degli insetti provenisse dall'ossidazione della sostanza degli organi luminosi, l'Autore avverte che in un'atmosfera di ossigeno puro, il fenomeno luminoso è come nell'aria, e l'ossigeno compresso non rianima la luce spenta, mentre questa è rianimata dagli eccitanti meccanici e dall'elettricità.



Lo studio dei campi d'illuminazione dimostra che gli apparati luminosi si adattano al mezzo, in cui si trovano.

L'insetto si guida nell'oscurità colla luce che produce. Otturando con un po' di cera nera uno degli apparati protoracici, l'animale è spinto dal lato illuminato.

La sostanza fotogena è un albuminoide solubile nell'acqua coagulabile al calore; quest'albuminoide entra in conflitto con altra sostanza del gruppo delle diastasi e parte dell'energia posta in libertà da questa reazione si sviluppa sotto forma di luce; la funzione fotogenica delle eloteridi luminose è fenomeno fisico-chimico.

CVI. Fredericq. — **Les mutilations spontanées ou l'autotomie.** (*Mutilazioni spontanee od autotomia*). In: *Revue scientifique,* 1886.

L'Autore chiamò autotomia l'atto per mezzo del quale molti animali (crostacei, aracnidi, insetti) sfuggono il nemico, che li afferrò per un arto o per la coda, provocando attivamente ma in modo incosciente, per via riflessa, la rottura dell'estremità prigioniera.

Il sacrificio di una parte assicura in questo caso la salvezza di tutto il resto del corpo.

È questo un interessante mezzo di difesa.

CVII. D'Arsonval. — **De la mort par l'électricité.** (*Morte per elettricità*). In: *Comp. rend. de l'Académie des sciences de Paris,* 1887.

L'elettricità può uccidere per azione diretta: si produce la morte per distruzione dei tessuti stessi. Per azione riflessa, eccitando i centri bulbari, come farebbe un eccitamento meccanico. Tale eccitamento si accompagna coi fenomeni di azione a distanza studiati da Brown-Sequard col nome d'inibizione o di dinamogenia.

La morte spesso avviene per arresto del respiro che, prolungandosi, produce la morte per asfissia.

Conclusione pratica è che la respirazione artificiale può richiamare la vita, del pari che la galvanizzazione del collo.

RIVISTA DI OTOJATRIA

dei Dottori ARTURO HARTMANN e EDOARDO SCHULTE (1)

Lavori varj.

1. Kretschmann — *Relazione sopra l'attività della Regia Clinica otojatrica di Halle a/s nell'anno 1885.*
2. De Rossi Emilio — *XIV anno di insegnamento di otojatria.*
3. Kirchner W. — *Dalla policlinica otojatrica dell' Università di Würzburg. Relazione sopra gli anni 1884 e 1885.*
4. Schmiegelow — *Relazione sopra gli ospedali comunali di Kopenhaghen. Clinica per le malattie dell'orecchio, del naso e della gola,*
5. Matthewson, Prout e Rushmore — *XVII rapporto annuo, per l'anno 1885, dell'ospedale per le malattie dell'occhio e dell'orecchio a Brooklyn.*
6. Chisolm J. J. — *VIII rapporto annuo dell'ospedale presbiteriano per le malattie dell'occhio e dell'orecchio a Baltimore nell'anno 1885.*
7. Ferreri Gherardo — *La terapia chirurgica nelle malattie dell'orecchio.*
8. Graham Bell A. — *Sulla possibilità di educare l'udito dei sordomuti.*
9. Longhi G. — *Le malattie auricolari, la sordità e la sordomutezza nei rapporti civili e legali.*
10. Baratoux J. — *Della sifilide dell'orecchio.*
11. Roosa B. St. J. — *Presbiacusi.*
12. Menière E. — *Rumori dell'orecchio nelle affezioni dello stomaco.*
13. Rougier L. — *Due casi di lipemania con delirj di persecuzione caratterizzati da allucinazioni dell'olfatto, del gusto e dell'udito, susseguenti ad alterazioni della mucosa boccale, nasale e nasolaringea e dello scheletro delle fosse nasali.*
14. Setterblad G. — *Un caso di iperestesia galvanica dell'acustico.*
15. Kiesselbach W. — *Ricerche sopra il fischiare dell'orecchio.*
16. Turnbell L. — *Alcune forme rare di fischiamento d'orecchio o molestie soggettive ed obbiettive nell'orecchio.*

(1) Traduzione dal *Bericht über die Leistungen und Fortschritte der Ohrenheilkunde in der I Hälfte des Jahres,* 18‹6, compilato dai predetti dottori Hartmann di Berlino e Schulte di Milano, ed inserito nel vol. XVI della *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* (p. 283-323).

17. Longhi G. — *Otite media catarrale secca bilaterale. Scotoma auditivo sinistro.*
18. Baumgarten E. — *L'utilizzazione dell'udire dall'altro lato nello sperimento di Rinne.*
19. Lucae A. — *Osservazioni nuove e critiche sopra l'esame col diapason.*
20. Knapp H. — *Sopra la convenienza dell'adozione di una denominazione uniforme per l'acutezza dell'udito.*
21. Weil — *Due piccole modificazioni al processo di Politzer.*
22. Menière E. — *Il cateterismo della tromba d'Eustachio.*
23. Lancereaux. — *Eruzione pustolo-papulosa sifilitica, generalizzata in seguito ad un cateterismo della tromba d'Eustachio.*
24. — Keller C. — *Comunicazioni vecchie e recenti sopra l'iperossido di idrogeno H^2O^2.*
25. Burnett C. H. — *L'uso locale della cocaina e della brucina nelle malattie dell'orecchio.*
26. Bishop S. S — *La cocaina od altri medicamenti anestetizzanti nella otojatria.*
27. Hoct E. E. — *Se la cocaina prolunga la congestione diminuendo i dolori nella otite media acuta?*

Strumenti ed apparecchi.

28. Beerwald K. — *Un nuovo acumetro.*
29. Sane Molist L. — *Nuovo apparecchio per l'insufflazione nella tromba e nella cassa del timpano, mosso per mezzo di pedale.*
30. Radrig P. — *Un metodo semplice per rendere più adoperabili le sonde di osso di balena (per le trombe).*
31. Molony M. J. — *Un recipiente auricolare.*
32. Moure — *Cannula nasale ed auricolare.*
33. Cozzolino — *Alcuni nuovi e modificati apparecchi per le malattie del naso, orecchio, ecc.*
34. Ziem — *Nota sulla conservazione degli specchi della faringe e della laringe.*
35. Katz L. — *Uno strumento per l'esame della cavità nasale.*
36. Raineri Antoni — *Di un nuovo rhinobyon.*

Orecchio esterno.

37. Corson E. R. — *Un caso di padiglione rudimentale bilaterale senza condotto uditivo esterno.*
38. Dyer E. — *Fistola dell'orecchio.*
39. Nepter H. — *Ciste nel padiglione dell'orecchio dopo un ematoma traumatico.*
40. Sanger Brown — *Tre casi di ematoma, curati con massaggio, elettricità e sanguisughe.*

41. Keown Mc. — *Perforazioni durature della membrana del timpano.*
42. Uekermann — *Rilasciamento della membrana.*
43. Dalby W. B. — *Le funzioni della membrana del timpano, illustrate per malattie.*
44. Miot C. — *Tumore del manico del martello.*

Orecchio medio.

45. Dixon Jones C. N. — *Otite media acuta suppurativa, meningite settica, piemia, febbre tipica, morte dopo una settimana.*
46. Bacon G. — *Un caso di otite media purulenta, con susseguente mastoidite e piemia. Operazione. Guarigione*
47. Chatellier H. — *Di qualche accidente concomitante i tumori adenoidi della faringe.*
48. Duyardin — *Nota sopra la cura della suppurazione della cassa per instillazioni di sublimato (4 osservazioni).*
49. Eitelberg A. — *I polipi dell'orecchio e la loro cura.*
50. Hessler — *Contribuzioni casuistiche alla cura operativa delle suppurazioni dell'apofisi mastoidea.*
51. Ceccherelli A. — *Trapanazioni della mastoide.*
52. Snell Simeon — *La partecipazione della apofisi mastoidea nelle malattie dell'orecchio.*
53. Horsley Vittorio — *Suppurazione delle cellule mastoidee con trombosi del seno laterale ed embolia settica.*
54. Stepanow E. M. — *Della questione sopra la funzione della chiocciola.*
55. Pomeroy O. D. — *Un caso letale di infiammazione suppurativa dell'orecchio medio con ascesso nel cervello. Necrosi e carie dell'osso petroso e iperostosi del tetto della cassa.*
56. Kipp C. I. — *Un caso letale di malattia dell'orecchio, cominciante come malattia circoscritta nella metà esterna del condotto uditivo esterno.*
57. Mathewson N. — *Malattie cerebrali cagionate da affezioni dell'orecchio e dell'osso petroso.*
58. Sexton S. — *Due casi di malattia dell'orecchio trascurata, con esito letale.*
59. Stein de St. — *Il massaggio degli ossicini e la cura delle sensazioni auditive col diapason.*
60. Bride P. Mc. — *La prognosi del catarro dell'orecchio medio non suppurativo.*
61. Burnett C. H. — *I rapporti fra il catarro cronico dell'orecchio medio e quello del naso.*

Apparato nervoso.

62. Kirk Dunkanson — *Parotite come causa di sordità improvvisa.*
63. Kundrat — *Dimostrazione di un laberinto completamente ossificato.*
64. Habermann J. — *Per la cognizione della o'ite interna.*

Naso e cavità naso-faringea.

65. Ziem — *Le cause delle intumescenze della mucosa nasale.*
66. Lo stesso — *L'importanza e la cura delle suppurazioni del naso.*
67. Neumann J. F. — *Sull'uso dell'acido cromico e della galvano-caustica nel naso e nella faringe.*
68. Ziem — *Sulla coincidenza di tracoma della congiuntiva col catarro della mucosa nasale.*
69. Bobone T. — *Un caso di spasmo sternutatorio.*
70. Hack — *Contribuzione alla terapia operativa della malattia di Basedow.*
71. Baumgarten E. — *L'epistassi e la sua cura dal punto di vista rino-chirurgico.*
72. Schmiegelow — *Un rinolito.*
73. Ubert W. — *Sulle deviazioni del setto nasale e loro cura.*
74. Cozzolino V. — *Deviazioni del setto nasale delle ossa e cartilagini nasali.*
75. Lo stesso — *Il lupus primitivo della mucosa nasale.*
76. Lo stesso — *Catarro farin o-nasale artritico.*
77. Broich M. — *Breve contribuzione casuistica alle osservazioni di Tornwald sopra le malattie della borsa faringea.*
78. Keimer — *Comunicazioni casuistiche sopra le malattie della borsa faringea.*
79. Gottstein J. — *L'operazione delle vegetazioni adenoidee nella cavità naso-faringea.*
80. Löwenberg B. — *L'estirpazione delle vegetazioni adenoidee nella cavita naso-faringea e descrizione del suo nuovo strumento per questa operazione.*
81. Chatellier H. — *Di qualche accidente accompagnante i tumori adenoidi della faringe.*
82. Grancher — *Un nuovo sintomo dei tumori adenoidi della faringe nasale.*
83. Lichtwitz — *I disturbi della voce articolata nelle affezioni de velopendolo, della cavità naso-faringea e delle fosse nasali.*
84. Kirmisson M. — *Tumore neoplastico delle fosse nasali.*
85. Tillaux H. — *Fibromyxoma della faringe nasale. Estirpazione per la via palatina.*
86. Churchill H. — *Fibroma naso-faringeo in un bambino.*
87. Capart — *Polipi fibrosi della cavità naso-faringea. Guarigione per l'elettrolisi.*

Lavori varii.

I. Kretschmann di Halle. — **Bericht über die Thätigkeit der Königlichen Universitäts-Ohrenklinik in Halle im Jahre 1885.** (*Relazione sopra l'attività della Regia Clinica otojatrica dell' Università di Halle a/s nell'anno 1885*). In: *Arch. f. Ohrenheilk.* Vol. XXIII, pag. 217.

Nella clinica otojatrica di Halle si presentarono nel tempo suddetto 1039 ammalati d'orecchio con 1159 casi di malattia. Fra questi, trentadue subirono l' apertura artificiale dell'apofisi mastoidea. Si operò in sedici casi acuti, i quali (eccettuati due con esito letale) guarirono tutti. Di un egual numero di casi cronici ne guarirono sei, s'ammegliorarono otto e ne morirono due.

Nei casi cronici la causa della morte fu una volta meningite settica provocata durante l'operazione, essendo penetrate nelle cellule mastoiche masse putride, per essersi rotta, nel levare il periostio, la sostanza corticale dell'osso resa molle per rachitide.

Nel secondo caso acuto la morte fu cagionata da una pneumonia mentre l' operazione e il processo di guarigione della piaga decorsero normali per tre settimane.

I due ammalati con affezione cronica morivano di piemia, i cui sintomi si erano presentati nell' uno nove giorni dopo l' operazione, nell'altro nel giorno istesso dell'operazione. L'Autore accenna, basandosi sopra le esperienze di Schwartze, che anche nell'ultimo caso l'atto operativo era giustificato, perchè questi ha operato un caso in questo stadio con ottimo effetto.

Da un anno anche nella clinica di Sonvartze si è introdotto il sublimato come antisettico. Questo è adoperato nelle otoree croniche per irrigazioni in una concentrazione di 1: 5000, nelle operazioni sopra l'apotisi mastoidea di 1:1000.

Ebbero risultato soddisfacente gli esperimenti terapeutici col Iodolio nei casi di carie con ulcere dell' asso. Adoperando una soluzione di gr. 2, o di Iodolio con gr. 16, o di alcool e 34 di glicerina si ebbe diminuzione del pus e cessazione dell'odore. S.

II. Rossi de E. di Roma. — XIV. **Anno di insegnamento di otojatria.** Roma 1886.

Nella clinica otojatrica dell'università di Roma diretta dal de Rossi, l'unica che esiste in Italia, furono curati nell' anno scolastico 1884-85 in tutto 583 malati d'orecchio. Di questi 108 presentarono malattie dell'orecchio esterno, 523 nell'orecchio medio e 52 dell'orecchio interno.

Nella prima rubrica, come degno di special nota, si riporta un caso di tumore del padiglione e della parete cartilaginea inferiore del condotto esterno, ritenuto :dapprima per un epitelioma, ma dimostratosi all'esame come un papilloma. La chiusura completa del condotto

esterno fu osservata una volta congenita ed un'altra volta in seguito ad otite media purulenta e periostite del condotto esterno.

Esostosi ed iperostosi del condotto uditivo esterno furono viste due volte, in ambedue come conseguenze di otite media cronica.

In riguardo delle rotture traumatiche della membrana, l'Autore accenna, come sia importante principalmente dal lato medico-legale, di constatare in questi casi, se la membrana sia stata perfettamente sana prima dell'insulto.

Nel più gran numero dei casi deve essere preceduta una malattia dalla membrana, essendo essa troppo resistente allo stato sano perchè possa rompersi in causa di una leggiera pressione. Dei 25 casi registrati di iperemia acuta dell'orecchio medio, osservati per gran parte dal Febbraio alla fine dell'Aprile, fu ottenuta guarigione di tutti, eccettuati 5, in cui l'esito fu sconosciuto. In questa affezione, in cui l'Autore altre volte eseguiva sempre la paracentesi, ora non pratica l'operazione che nei casi in cui dolori forti la richedano.

Parlando della diagnosi della otite media purulenta acuta, de Rossi qualifica erronea l'opinione di quegli autori, che credono nella presenza di essudato sieroso o purulento nella cassa dover essere la membrana più o meno convessa. Essa è anzi più concava che normalmente sia la contemporanea tumefazione della mucosa della tuba o per la mancanza di aria nella cassa. Il contenuto abnorme di questa non può fare tale pressione sulla membrana da poter influenzarne la curatura naurale, perchè il suo stato fibroso è troppo resistente per permetterlo.

Anche in questa forma l'Autore non eseguì la paracentesi che nei casi in cui i dolori la domandavano ed allora fece una larga incisione e medicazione borica per mezzo di insufflazioni.

Nella descrizione delle affezioni croniche dell'orecchio medio si accenna alla grande influenza che vi ha il sistema nervoso tanto sulle forme con secrezione quanto su quelle dette secche.

La cura di questi stati morbosi fu diversa secondo la causa. Se vi fu essudato nel tessuto, formazione di aderenze e membrane, rigidità della catena degli ossicini furono adoperate injezioni con Joduro di potassio o potassa caustica; nelle iperemie dell'orecchio medio o negli esiti di queste injezioni di solfato di rame o zinco 0,05-0,10 : 30,0 acqua.

Di 64 casi di iperemia cronica ne guarirono 25 e ne migliorarono 15, mentrechè di 55 ammalati con otite media iperplastica non ebbero miglioramento che 20 e nessuno guarì.

Le otorre croniche furono curate diversamente secondo le cause colle quali furono cagionate o mantenute.

Nei bambini con secrezione mucosa ed iperemia del condotto esterno portò buoni servizj il calomelano, mentre nei casi con iperemia forte della cassa e considerevole essudato libero od interstiziale il nitrato d'argento in dose caustica si mostrò efficace.

Dopo del nitrato d'argento vien lodato per questi casi principalmente la resorcina in soluzione alcoolica o nei casi con granulazioni il jodoformio.

Per diminuire una secrezione abbondante de Rossi raccomanda l'alcool assoluto, ma non crede che questo possa rimuovere vegetazioni per le quali preferisce l'uso di nitrato d'argento in sostanza.

Gli esiti della otite media iperplastica delle suppurazioni croniche dell'orecchio medio e dei disturbi trofici l'Autore raccoglie sotto la rubrica esiti di infiammazione cronica dell'orecchio medio e sono registrati in questa categoria 55 casi, di cui 11 ebbero miglioramento.

Affezioni dell'osso temporale in seguito di suppurazione dell'orecchio medio si ebbero in 11 bambini ed in un adulto; la loro cura fu fatta rimovendo colla sgorbia o col cucchiaio le parti ammalate dell'osso e medicando con jodoformio.

Nelle considerazioni sui 26 casi registrati di affezione dell'acustico de Rossi si diffonde sopra la incertezza dei metodi di esami in uso fin qui. Egli attribuisce un gran valore diagnostico allo sperimento descritto di Gruber nel *Monatsschr. f. Ohrenheiln.* Bd. XIX, N. 2 nei casi di grande diminuzione dell'udito. S.

III. KIRCHNER W. Würzburg. — **Aus der otiatrischen Universitäts Poliklinik in Würzburg. Bericht über die Jahre 1884 und 1885.** (*Dalla policlinica otojatrica dell'università di Würzburg. Relazione sopra gli anni 1884 e 1885*). *Münchener med. Wochenschr.* In: *N. 10. 1886.*

Nella policlinica otojatrica dell'Università di Würzburg furono curati durante gli anni suddetti 825 casi. I furoncoli del condotto uditivo esterno si curarono con fomenti umidi e caldi di una soluzione al 2 % di acetato di alume. Nel catarro acuto della cassa con secreto viscido si ottennero risultati buoni per mezzo di una soluzione debole di liquori naturali caustici (0,01-0 03 : 100 acqua distillata) per siringazioni, instillazioni o dejezioni per là tuba da due a tre volte al giorno. Per le otorree profuse vi vengono raccomandati i cordoni di garza con sublimato, descritti già prima dall'Autore. Una suppurazione dell'orecchio medio di lunga durata guarì presto evacuato un sequestro, che consisteva di una gran parte della chiocciola; vi rimase sordità completa. H.

IV. SCHMIEGELOW di Kopenhaghen. — **Berctning fra Kommune hospitalets-Klinik for Oere, Naese og Halssy domme.** (*Relazione sopra gli ospedali comunali. Clinica per le malattie dell'orecchio, del naso e della gola*). In: *Hospitalstid nde.* Vol. III, N. 8.

Nel Giugno 1883 fu eretto un ambulatorio per le malattie degli orecchi, del naso e della gola nell'ospedale comunale di Kopenhaghen. Da questo tempo fino alla fine del 1884 si presentarono 406 ammalati con

478 casi di malattia, di cui dell'orecchio 195, della faringe 111, nella bocca laringea 5, del naso 82, della laringe 56. Fra le malattie dell'orecchio erano assai frequenti le otite medie (69) e fra quelli della faringe, le vegetazioni adenoide (41). V. BERGER.

V. MATTHEWSON, PROUT e RUSHMORE di Brooklyn. — **XVII rapporto annuo per l'anno 1885 dell'ospedale per le malattie dell'occhio e dell'orecchio a Brooklyn.**

Il numero totale dei malati dell'occhio e dell'orecchio a Brooklyn fu di 1671. Le operazioni eseguite furono 59, fra le quali 15 incisioni di Wilde. Furono levati 134 polipi e due sequestri dal condotto esterno. SWAN M. BURNETT.

VI. CHISOLM I. I. di Baltimore. — **VII rapporto annuo dell'ospedale presbiteriano per le malattie dell'occhio e dell'orecchio a Baltimore per l'anno 1885.**

Il numero totale dei casi di malattie dell'orecchio di suddetto ospedale fu 1315. Fra le operazioni ve ne furono 6 di polipi, 3 aperture dell'apafisi mastoidea e 2 esportazioni di tumori dell'oreccdio esterno. SWAN M. BURNETT.

FERRERI GHERARDO. — **La terapia chirurgica nelle malattie dell'orecchio.** (*Lo Sperimentale* 1886 N. 3).

Ferrari nel suo lavoro dà una descrizione della cura delle malattie dell'orecchio quale si pratica nella clinica universitaria di Roma. Si accenna con molta ragione che come l'antisepsi è la base di qualunque operazione chirurgica così debba esserlo anche della cura delle molattie dell'orecchio, principalmente di quelle della cassa. Nello stesso modo l'Autore presta per la disinfezione di tutti gli strumenti da usarsi per l'operazione o per l'esame tanta attenzione quanta basta per impedire trasporti di materiale infettivo da un ammalato ad altri.

Del resto la cura delle varie affezioni non è differente da quella che è in uso in Germania. L'Autore loda molto le irrigazioni calde dell'orecchio, che raccomanda per la cura dell'eczema cronico del padiglione, coutro i dolori nella foroncolosi, nella dermatite diffusa del condotto uditivo esterno e nella miringite.

Per la cura delle otite medie croniche con secreto purulento e per rimuovere vegetazioni nella cassa di bambini scrofolosi l'Autore raccomanda jodoformio in soluzione eterea, se il secreto è viscido, la resorcina.

La sclerosi, secondo la proposta di Rossi chiamata otite media iperplastica, nel primo stadio si cura con injezioni di potassa caustica o di joduro di potassio, injettato nella cassa per mezzo del catetere. Se vi sono adesioni o membrane si fa una larga incisione della membrana

del timpauo per poter fare una diagnosi precisa e per la successiva cura topica. Le insufflazioni di sostanze gazzose nella tuba proposte da alcuni, sono condannate come di niun valore. Se le injezioni di mezzi caustici nella sclerosi avanzata non hanno effetto, si tentano instillazioni di jequirity, allo scopo di ottenere una vascolarizzazione abbondante della mucosa della cassa ed il pronto riassorbimento dell'essudato linfoide.

Nei casi di forte restringimento della membrana, da cui i rumori accompagnanti la diminuzione dell'udito, erano molto forti, l'Autore vide miglioramento dopo l'uso dei Rarefacteur di Delstanche, il quale raccomanda anche per tirare fuori il secreto nelle suppurazioni della membrana di Shrapnell, se non può essere evacuato per la doccia d'aria. S.

VIII. GRAHAM BELL A. — **Sulla possibilità di educare l'udito di sordo-muti.** (*Trans. amer. otol. Soc.* 1885).

Bell accenna alla necessità e dimostra la possibilità di far imparare la parola ai sordo-muti. Secondo lui è importante di correggere le nostre statistiche in riguardo alla causa della sordità. L'Autore discute la possibilità della propagazione della sordo-mutezza pei matrimonj fra individui nati sordo-muti. SWAN M. BURNETT.

IX. LONGHI di Milano. — **Le malattie auricolari, la sordità e la sordo-mutezza nei rapporti civili e legali.** (*Gazz. med. italiana lombarda 1886*).

Longhi accennando alle conseguenze che hanno le malattie dell'orecchio trascurate nei bambini, principalmente se questi non hanno ancora imparato a parlare, dimostra come ad ogni medico sia necessaria qualche conoscenza dell'otojatria.

L'Autore accentua l'importanza della giusta critica delle lesioni dell'orecchio davanti al tribunale e la prognosi delle malattie dell'orecchio esistenti per le società di assicurazioni della vita, nel rapporto agli obblighi militari, qualora insorga la questione se un individuo sia o no adatto al servizio militare. S.

X. BARATOUX I. — **De la syphilis de l'oreille.** (*Della sifilide dell'orecchio*). In: *Extrait de la revue mens. ecc.* Paris 1886. Delahaye et Lecrosuier.

Il lavoro di Baratoux contenente 130 pagine fu pubblicato nei singoli capitoli nella Revue mensuelle de Laryngol ecc. Le pubblicazioni vecchie e nuove sopra la sifilide dell'orecchio sono completamente compilate e criticamente ordinate.

Vi è sparsa qua e là una serie di osservazioni ed esperienze proprie dell'Autore. S.

XI. Roosa B. St. I. di Nuova York. — **Presbyacusis.** (*Presbiacusi*). In : *Trans. amer. otol. Soc.* 1885).

Roosa fa la proposta di adoperare il nome di Presbyacusis nella diminuzione dell'udito, cagionata per le metamorfosi accompagnanti l'età avanzata e che sono fisiologiche. Queste sono caratterizzate da conduzione diminuita dell'osso e da disturbi dell'udito, da rumori.

Swan M. Burnett.

XII. Menière di Parigi. — **Des bourdonnements de l'oreille dans les affections de l'estomac.** (*Rumori dell' orecchio nelle affezioni dello stomaco*) In: *Revue mensuelle ecc. N. 6.* 1886.

Menière, seguendo l'esempio di Woakes, cerca di mettere in rapporto i rumori soggettivi osservati in affezioni dello stomaco e la disacusi col vago e la innervazione della arteria vertebrale, la quale provvede al labirinto, rapporto che avviene per mezzo del ganglio cervicale inferiore. In via riflessa secondo l'Autore vi ha iperemia o stasi nei vasi del laberinto, onde l'endolinfo viene messo sotto una pressione diversa. L'esame dimostra sempre uno stato normale dell'orecchio esterno e medio, così che si deve sospettare una malattia dell'orecchio interno.

Di 43 casi osservati sono comunicati 5 storie cliniche di cui una riguarda l'Autore stesso.

Nelle considerazioni si accenna, che nei casi di disacusi o di rumori si deve prestare molta attenzione allo stato dell'apparato digestivo. I rumori possono presentarsi sin dal primo momento della malattia dello stomaco. La disacusi varia molto ed è il più delle volte inguaribile.

L'intensità dei rumori dipende in molti casi dallo stato dell'apparato digestivo. La cura consiste specialmente nella esatta considerazione delle affezioni dello stomaco. Talvolta dall'Autore furono ottenuti buoni risultati dall'uso della elettricità statica, e col bromuro di potassa.

XIII. Rougier L. di Lione. — **Deux cas de lypèmanie avec dèlire de persécution caracterisé par des hallucinations de l'odorat du goût et de l'ouïe consécutives à des altérations de la muquense buccale, nasale et naso-pharyngienne et du squelette des fosses nasales.** (*Due casi di lipemania con delirio di persecuzione caratterizzata da allucinazioni dell'olfatto, del gusto e dell' udito susseguenti ad alterazioni della mucosa boccale, nasale e naso-faringea e dello scheletro delle fosse nasali*). In: *Revue mensüelle de Laryngologie ecc.* N. 5, 1886.

Nei due casi comunicativi di Rougier vi furono processi necrotici del naso con secrezione suppurativa, nell'uno cagionati da sifilide, nell'altro da un trauma. I sintomi nominati nel titolo e descritti esatta-

mente nel lavoro cessarono nel primo caso immediatamente dopo l'evacuazione del sequestro, nell'altro colla guarigione successiva. L'Autore crede che i disturbi psichici sieno stati cagionati dagli stimoli sui nervi sensitivi. H.

XIV. SETTERBLAD G. — **Ett fall of galvanick hyperaesthesia acustica.** (*Un caso di iperestesia galvanica dell'acustico*). In: *Hygiea*, Vol. XLVI, p. 164.

Setterbland descrive un caso di paralisi reumatica del facciale, con disacusi e forti rumori nell'orecchio ed accentuata iperestesia galvanica dell'acustico che frequentemente vi è unita. L'Autore loda l'effetto della corrente costante (An. D) in questi casi.

V. BREMER.

XV. KIESSELBACH W. di Erlangen. — **Studie über Ohrenklingen** (*Ricerche sopra il fischiare dell'orecchio*). In: *Monatsschr f. Ohrenheilk.* 1886, N. 4.

Le ricerche di Kiesselbach sopra il modo d'insorgere dei rumori dell'orecchio e sopra la parte dell'orecchio in cui si producono, diedero le seguenti conclusioni:

1.° Il fischiare dell'orecchio si produce se vi ha iperestesia dell'apparato per la percezione del suono. In molti questa c'è sempre, in altri invece si presenta transitoriamente per improvvisa oscillazione della pressione intralaberintica.

2.° Per la iperestesia in sè non può esservi percezione di suono, ma per essa è dato la possibilità di percepire il rumore del sangue, rumore esistente sempre nell'orecchio (principalmente il suono consonante di questo accresciuto per la risuonanza delle cavità dell'orecchio medio) tanto maggiore durante un aumento del rumore del sangue. Sotto le ordinarie circostanze non udiamo questo rumore del sangue o il suo suono consonante in seguito alla abitudine, allo stimolo.

3.° È possibile che da un lato il rinforzarsi del rumore del sangue, dall'altro un aumento della eccitabilità delle terminazioni dell'acustico, per sè isolatamente bastino a rendere percettibile il fischiare dell'orecchio: nel più gran numero dei casi vi sono ambedue le cause.

In quanto alla terapia, Kiesselbach consiglia di tener lontana prima di tutto ogni causa di iperestesia, come rumori e musica. Nel fischiare spontaneo in seguito a catarro della tromba è raccomandata la cura colla candeletta (*bougie*) è la faradizzazione della muscolatura e della tromba. Nei casi prodotti per l'influenza di forti rumori od insulti meccanici, l'Autore raccomanda una derivazione di sangue dalla vicinanza dell'orecchio od in ezioni di pilocarpina. La cura con suoni secondo Lucae non si raccomanda che pei casi vecchj, pei casi recenti è rifiutata dall'Autore. S.

$h = \frac{c}{0,6}$ = orologio, di cui la distanza normale per l'udito è di 60 cm. è sentito soltanto in contatto coll'orecchio (contatto).

$h = \frac{pr}{6,0}$ = orologio non sentito che presso all'orecchio.

$h = \frac{t}{0,6}$ = non sentito che applicato alle tempie.

$h = \frac{d}{0,6}$ = non sentito che applicato ai denti.

$h = \frac{gl}{0,6}$ = orologio sentito alla fronte (glabella).

$h = \frac{v}{0,6}$ = orologio sentito al vertice.

$h = \frac{ub}{0,6}$ = orologio sentito dappertutto (ubique).

I segni sono usati nel seguente modo, se devono indicare la mancanza dell'udito.

$h \frac{c}{0,6}$ = o vuol dire che l'orologio a contatto non è sentito.

$h \frac{ub}{0,6}$ = o, che l'orologio non si sente in niun luogo.

Un comitato composto dai signori Dottori Knapp, Roosa e Prout fu nominato per far una relazione su questo soggetto.

SWAN M. BURNETT.

XXI. WEIL-STOCCARDO. — **Zwei kleine Modificationen des Politzerschen Verfahreus.** (*Due piccole modificazioni al processo di Politzer*). In: *Monatschr f. Ohrenheilk.* 1886, N. 5.

Weil propone ripetutamente, seguendo l'esempio di Löwenberg, di guardare nella esecuzione del processo di Politzer il collo e di non comprimere il pallone se non vedendo che nell'ammalato si alza la laringe.

La seconda modificazione è, che se si vuole avere soltanto una pressione debole non si chiude tutto il naso, ma soltanto una narice, lasciando libera l'altra. S.

XXII. MENIÈRE di Parigi. — **Cathiterisme de la trompe d'Eustache.** (*Il cateterismo della tuba d'Eustacchio*). In: *Gaz. des Hôpitaux.* N. 34, 1886.

L'Autore fa uso esclusivamente di cateteri d'argento, che sono conservati in una scodella, contenente alcool. Prima di adoperarlo, il ca-

tetere è tenuto per qualche minuto sopra una fiamma di alcool. Perchè si infiamma tanto il liquido nell'interno del catetere quanto quella sulla superficie esterna, pulendosi così radicalmente il catetere, che s'immerge allora in acqua fredda. Poi si prende un man lrino di filo di ferro o di ottone per pulire l'interno del catetere e per portare via quello che in esso c'è di bruciato.

Così secondo l'Autore è impossibile una infezione anche nel caso che il catetere sia stato adoperato sopra un individuo sifilitico. S.

XXIII. LANCEREAUX. — **Eruption pustulopapulense syphilitique-généralisée à la suite d'un chatérisme de la trompe d'Eustache.** (*Eruzione pustolo-papulosa sifilitica, generalizzata in seguito ad un cateterismo della tromba d' Eustacchio.* In: *Gaz. des. Hôp.*, 1886, N. 25.

Lancereaux ha constatato verso la metà dal gennaio dell'anno scorso in un ammalato indubitabili sintomi di sifilide secondaria. In riguardo alla infezione non potè essere arrestato, che nella applicazione di un catetere dell' orecchio sia avvenuta una emorragia abbondante dal naso.

Perciò conchiude l'Autore che l'infezione sia avvenuta per mezzo del catetere. Il contatto infettivo dovrebbe aver avuto luogo nel primo cateterismo alla metà del settembre. La emorragia nella ripetizione del cateterismo avvenne secondo l'Autore, che allora vi fosse già un ulcero nella profondità del naso.

Benchè il trasporto dell' infezione accettato dall'Autore sia molto dubbio, è giustificato il consiglio dello stesso di disinfettare bene i cateteri. S.

XXIV. KELLER C. di Colonia. — **Aeltere und neuere Mittheilungen über Wasserstoffsuperoxyd, H^2O^2.** (*Comunicazioni vecchie e recenti sopra l'iperossido di idrogene, H^2O^2*). In: *Monatsschr. f. Ohrenheilk*, 1886, N. 6.

Keller dà un sunto storico degli sperimenti terapeutici fatti da altri Autori sopra l'iperossido di idrogeno. L'Autore stesso adoperò questo medicamento sin'ora soltanto in alcuni casi di suppurazione cronica dell'orecchio medio in una soluzione al 16 %. La pulitura dell'orecchio fatta con questa sostanza non gli pare più vantaggiosa degli altri metodi. Ma esistendo focolaj di marcia nell'orecchio medio, non sono accessibili all'occhio; l'Autore preferisce l'iperossido di idrogeno alle siringazioni con altri mezzi. Esso, egli dice, rende fluida la marcia toccandola e l'ozono formantesi nella catalisi può sviluppare la sua facoltà disinfettante anche colà, dove la soluzione non può arrivare.
S.

XXV. Burnett C. H. — **L'uso locale della cocaina e della brucina nelle malattie dell'orecchio.** (*Trans. amer. otol. Soc.*, 1885.

Burnett trovò che il solfato di cocaina non ha valore per la diminuzione dei dolori nella otite media od esterna. L'idroclorato di cocaina, secondo l'Autore, è più efficace, ma soltanto nella congestione superficiale di tessuti tenui. L'Autore adoperò anche la brucina, ma senza che i dolori cessassero. Nella otite esterna trovò che il cloridrato di cocaina anestetizza più presto il derma che la mucosa. L'adoperò in una soluzione al 5 %. Swan M. Burnett.

XXVI. Bishop S. S. — **La cocaina ed altri medicamenti anestetizzanti nella otojatria.** (*Journ. amer. med. Record.*, 20 febbrajo 1886.

Bishop comunica che riuscì a sopprimere i dolori in una otite media acuta con o senza perforazione, per mezzo di instillazione di una soluzione di cocaina al 4 % nel condotto esterno, lasciandola in contatto colla membrana per 5 minuti. Il dolore, secondo l'Autore, non torna che raramente dopo il primo uso del medicamento.

Swan M. Burnett.

XXVII. Hoet E. E. — **Se la cocaina prolunga la congestione diminuendo i dolori nella otite media acuta.** (*Trans. amer. otol Soc.*, 1885.

Hoet risponde a questa domanda di sì, secondo il risultato della sua esperienza. Questa opinione fu anche affermata nella discussione della lettura. Swan M. Burnett.

Strumenti ed apparecchi.

XXVIII. Beerwald K. — **Ueber einen neuen Hörmefer.** (*Un nuovo acumetro*). In: ***Arch. f. Ohrenheilk.*** Vol. XXIII, pag. 141.

L'acumetro descritto da Beerwald consta di una scala di campane da c-c^4 con corrispondente battente c-d, un piedestallo allungabile come un leggio. Il battente movibile per mezzo di una treggia nella lunghezza della campana è costruito in modo che il suo martello possa rotare intorno al suo lungo asse. Un lato del martello è d'acciajo, l'altro è coperto di sughero. Accanto al battente sta un quadrante graduato, che rende possibile il determinare esattamente l'altezza dalla quale si fa cadere il battente, così che si può ottenere un suono di un'intensità diversa. Il piedestallo è costruito così che la campana può adattarsi all'altezza dell'orecchio. S.

XXIX. Sune Molist L. — **Nuovo apparecchio per l'insufflazione nella tromba e nella cassa del timpano, mosso per mezzo di pedale.** (*Bollettino delle malattie dell'orecchio*, ecc., 1886, Num. 2.

Molist descrive un apparato fisso, costrutto dal suo assistente Saleker, per insufflare aria nelle trombe.

L'apparato vien fatto funzionare col piede, così che applicando la doccia di aria si ha bisogno soltanto di una mano per fissare il catetere, mentre l'altra resta libera per altri scopi. S.

XXX. Radzig P. di Moscowa. — **Ein einfaches Mittel die Brauchbarkeit des Fischbeinbougies (für die Tuba) zu erhöhen.** (*Un metodo semplice per fare più adoperabili le sonde di osso di balena (per le tube)*). In: *Monatsschr. f. Ohrenheilk.* N. 2, 1886.

Per levare alle sonde di osso di balena, adoperate per il sondaggio delle tube d'Eustachio, la loro rigidezza, che può cagionare lesioni della mucosa, l'Autore propone di metterle due o tre giorni prima dell'uso in una soluzione debole di acido fenico. Così le sonde divengono perfettamente flessibili e molli. S.

XXXI. Molony M. J. di Arklow. — **The aural reservoir.** (*Un recipiente auricolare*). In: *The Lancet*, 1886.

Il recipiente auricolare di Molony per ricevere il liquido adoperato per la siringazione dell'orecchio consiste di un vaso di latta, il quale può essere sospeso sul padiglione dell'orecchio. S.

XXXII. Moure. — **Canule nasale et auricolaire.** (*Cannula nasale ed auricolare*). In: *Gaz. des Hôp.*, 1886, N. 50.

Moure ha cercato di levare l'inconveniente che può aversi nell'uso della doccia nasale di Weber, non dirigendone sempre gli ammalati il pezzo terminale all'indietro, ma all'insù. Perciò l'Autore fa uso di una imboccatura formata ad angolo retto. Se il lato più lungo della cannula si tiene verso il mento, mentre il più breve è introdotto nell'orificio del naso, l'apertura della cannula è diretta perfettamente verso la cavità naso-faringea, ed il liquido injettato è obbligato a penetrare all'indietro lungo le pareti del condotto nasale. L'imboccatura per la siringa auricolare non ha libera la fine, ma è munita di una oliva, per impedire che lo strumento entri troppo nel condotto. L'oliva ha delle scanalature nella sua superficie, perchè possa defluire dall'orecchio il fluido injettato. S.

XXXIII. Cozzolino di Napoli. — **Alcuni nuovi e modificati apparecchi per le malattie del naso, orecchio, ecc.** (*Rivista clinica e terapeutica* 1836, N. 3.

Cozzolino descrive diversi istrumenti del suo armamentario, in parte costruiti, in parte modificati da lui. Nei primi è da notarsi una siringa, la quale convenientemente curva s'introduce dalla bocca. Inoltre l'Autore descrive la sua doccia auricolare, la quale oltre il tubo conducente il liquido dal recipiente messo più alto è fornita di un altro tubo, per il quale il liquido tornante dall'orecchio scola. Anche la doccia nasale di Weber fu modificata dall'Autore. S.

XXXIV. Ziem di Danzig. — **Notiz über Conservirung der Rachen, und Kehlkopfspiegel.** (*Nota sulla conservazione degli specchj della faringe e della laringe*). In: *Monatschr. f. Ohrenheilk.* N. 5, 1886.

Ziem ci insegna che si può evitare che gli specchj divengano opachi; abbisogna riscaldarli sempre, dopo averli lavati, per far evaporare l'acqua penetrata fra l'orlo dello specchio e la montatura. S.

XXXV. Katz L. — **Ein Instrument zus Untersuchung der Nasenhïhle.** (*Uno strumento per l'esame della cavità nasale*). In: *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1886, 7.

Katz, non riuscendo ad illuminare bene l'interno del naso senza premere la punta del naso in su colla mano, costrusse un apparato che libera questa mano, alzando il naso e fissandolo. S.

XXXVI. Ranieri Antonio. — **Di un nuovo rhinobyon.** (*Bollettino delle malattie dell'orecchio, ecc.*, 1884, N. 3.

Il rhinobyon consta di un tubo di gomma, non troppo indurito, della forma e dimensione della sonda di Bellocque, rivestito in tutta la sua lunghezza da un sacco di gomma estensibile. Parallelamente al terzo anteriore del tubo entro al sacco un altro tubo di dimensione più piccola, fornito alla sua estremità posteriore di una valvola aprentesi all'indentro, per la quale si può insufflare aria nell'interno del sacco circondante i due tubi, gonfiando per tal modo e chiudendo completamente la cavità nasale. La valvola nel tubo aeroforo impedisce l'uscita dell'aria dal sacco. Questo tampone pneumatico fa cessare l'emorragia senza impedire la respirazione nasale che si compie attraverso il tubo non comunicante col sacco. S.

Orecchio esterno.

XXXVII. CORSON. E. R. — **Ein Fall von beiderscitiger rudimentärer Ohrmuschel ohne äusseren Gehörgang.** (*Un caso di padiglione rudimentario bilaterale senza condotto uditivo esterno*). In: *New York med. Times.* May 1886.

In un bambino di colore, che al tempo della prima visita aveva tre giorni, ambedue i padiglioni erano rudimentali. Un piccolo lembo di cute era riconoscibile come un lobulo; una piega soltanto della cute rappresentava il padiglione.

Una fossetta nella cute accennava al luogo ordinario del condotto uditivo esterno. SWAN M. BURNETT.

XXXVIII. DYER E. — **Ohrenfistel.** (*Fistola dell' orecchio*). In: *Trans. amer. otol. Soc.*, 1885.

L'osservazione si riferisce ad una ragazza di quattordici anni, affetta dalla nascita da uno scolo fetido da una fistola dell'orecchio. Una sonda si potè introdurre fino a 1 centim. La fistola fu distrutta per mezzo del galvanocauterio. S.

XXXIX. HESSLER H. di Halle. — **Cyste in der Ohrmuschel nach traumatischen Haematom.** (*Ciste nel padiglione dell'orecchio dopo un ematoma traumatico*). In: *Arch f. Ohrenheilk.* Vol. XXXIII, p. 143.

Hessler osservò una ciste nel padiglione dell'orecchio consecutiva ad una suppurazione di un ematoma traumatico. L'Autore s'oppone alla opinione di Hartmann, che crede che la formazione di una ciste possa essere spontanea e debba essere distinta dall'ematoma. S.

XL. SANGER BROWN. — **Othämatom; Drei Fälle behandelt durch die vereinigte Anwendung von Massage. Electricität und Blutegel** (*Tre casi di otematoma curati con massaggio, elettricità e sanguisughe*). In: *Med. Record,* 10 giugno 1886.

Due casi erano accompagnati da manìa puerperale, il terzo da manìa acuta.

La corrente galvanica fu adoperata due volte al giorno, il massaggio quattro fino a sei volte. SWAN M. BURNETT.

XLI. KEOWN MC di Belfast. — **Keeping perforation of the membrana tympani open.** (*Perforazioni durature della membrana del timpano*). In: *The Lancet,* 1886, p. 691.

L'Autore descrive un metodo nuovo per fare perforazioni artificiali della membrana, che non si chiudono presto; consiste il metodo nel fare un lembo triangolare, con la base in basso.

Questo lembo cade colla punta in giù e per mezzo del sangue che vi trova sopra la sua superficie, si agglutina alle parti sottoposte della

membrana. L'apertura fatta così si mantiene per settimane e mesi. Keown fece uso di questo metodo per assicurarsi della diagnosi di affezioni della cassa e in molti casi per rendere possibile una cura diretta di metamorfosi ipertrofiche del rivestimento della cassa. Il più gran numero di casi curati così migliorarono. S.

XLII. Uckermann. — **Stappelse, Udridning of Trommehinder.** (*Rilasciamento della membrana del timpano*). In: *Norsk f. hacge.* Volume. XIV, p. 133.

Uckermann descrive tre casi di rilasciamento della membrana, cagionati dall'abuso del processo di Politzer. Essi furono curati colla puntura galvano-caustica. Gli ammalati (bambini nell'età di 5-10 anni) soffrirono tutti di vegetazioni adenoidee nella cavità naso-faringea.

V. Bremer.

XLIII. Dalby W. B. — **Die Functionen des Trommelfelles durch Krankheiten erläutert.** (*Le funzioni della membrana del timpano illustrate dalle malattie*). In: *Amer. Journ. Med. Science.* Luglio 1886.

In base ad osservazioni cliniche fatte con grande esattezza, Dalby conchiude: 1.° che possono esservi alterazioni della struttura, principalmente calcificazioni di grande estensione nella membrana, senza peggioramento dell'udito: 2.° che delle perdite di sostanza non devono diminuire la funzione della membrana, quando l'apparato ligamentoso che unisce la membrana alla catena degli ossicini non abbia subito alterazione. Swan M. Burnett.

XLIV. Miot C. — **Tumeur du manche du marteau.** (*Tumore del manico del martello*). In: *Revue mens.* N. 3, 1886.

In una ammalata, divenuta sorda per una suppurazione cronica dell'orecchio medio, Miot trovò sulla membrana del timpano pendente dalla parte superiore del manico del martello un tumore a tre lobi. Toccandolo colla sonda si dimostrò duro, sensibile ed aderente al manico. Rimosso il tumore col coltello, si ebbe notevole miglioramento della facoltà dell'udito. H.

Orecchio medio.

XLV. Dixon Jones C. N. — **Acute, citerige Entzündung des Mittelohres, septische Meningitis, Pyaemie, typische Fieberverlauf; Tod in einer Woche.** (*Otite media acuta suppurativa, meningite settica, piemia, febbre tipica, morte dopo una settimana*). In: *New York med. Rec.*, 12 giugno 1886.

L'ammalata, una donna di trentadue anni, affetta da foruncolosi generale, aveva assistito come infermiera una donna morta di setticemia. Swan M. Burnett.

XLVI. BACON G. — **Ein Fall von acuter eiteriger Mittelohrentzündung mit nach folgender Entzündung der Warzenfortsatzes und Pyaemie. Operation, Heilung.** (*Un caso di otite media acuta purulenta, con consecutiva mastoidite e piemia. Operazione. Guarigione*). In: *Trans. amer. otol. Soc.*, 1885.

L'operazione si fece col trapano. La cavità conteneva 8 grammi di marcia. SWAN M. BURNETT.

XLVII. CHATELLIER H. — **De quelques accidents qui accompagnent les tumeurs adénoïdes du pharynx.** (*Di qualche accidente concomitante i tumori adenoidi della faringe*). In: *Annal des mal de l'oreille etc.* N. 1, 1886.

I fenomeni concomitanti delle vegetazioni adenoidee, descritte da Chatellier, sono: 1° L'inflammazione; in tutti i casi osservati da lui si trovarono chiari segni di inflammazione, ora di grado maggiore, ora di minore; 2.° faringite granulosa; 3.° metamorfosi della forma del naso; 4.° metamorfosi della forma del petto.

Che questi fenomeni dipendano dalla ostruzione nella cavità nasofaringea è dimostrato dalla scomparsa dopo la rimozione delle vegetazioni. H.

XLVIII. DUJARDIN di Havre. — **Note sur le traitement de la suppuration de la caisse par des instillations de sublimé (4 observations).** (*Nota sopra la cura della suppurazione della cassa per instillazioni di sublimato (4 osservazioni)*. In: *Revue mens.*, N. 6, 1886.

Dujardin raccomanda per la suppurazione dell'orecchio medio injezioni di soluzioni di sublimato al 2 ‰ per via delle trombe e per mezzo della cannula della cassa introdotta per il catetere. Dalle quattro storie cliniche, risulta che si ottenne in due casi guarigione, in altri due diminuzione del secreto. H.

XLIX. EITELBERG A. di Vienna. — **Die Ohrpolypen und ihre Behandlung.** (*I polipi dell'orecchio e la loro cura*). In: *Centralblatt für die ges. therapie.*, 1886.

Se nel lavoro di Eitelberg, sopra i polipi dell'orecchio e la loro cura mancano nuove vedute, il trattamento dell'argomento è assai diligente e completo che il lavoro deve essere giudicato favorevolmente. Nelle singole parti si discutono l'istologia dei polipi dell'orecchio, l'eziologia, la sede, la diagnosi, il decorso, la diagnosi differenziale, la prognosi e la cura. H.

L. HESSLER di Halle. — **Casuistische Beiträge zur operativen Behandlung der Eiterungen im Warzenfortsatzc.** (*Contribuzioni casuistiche alla cura operativa delle suppurazioni dell'apofisi mastoidea*). In: *Arch. f. Ohrenheilk*, 1886, p. 91.

Hessler ci comunica dieci casi di suppurazioni dell'apofisi mastoidea, in cui fece l'apertura artificiale dell'osso. Tutti guarirono, eccettuato uno, che morì di accesso cerebrale. La durata della cura variò da quattro settimane fino a due anni. Essendo ogni caso un po' diverso dell'altro, non si può trattare l'uno come l'altro e non è possibile di fare prescrizioni generali per ogni caso. S.

LI. CECCHERELLI A. di Parma. — **Trapanazione della mastoide.** (*La Riforma medica,* 1886, N. 4).

Ceccherelli aprì la cavità mastoidea colla sgorbia in un malato, il quale soffriva da tempo di otite media suppurativa, e da mesi di dolori nell'orecchio ammalato.

Evacuata qualche goccia di marcia, i dolori cessarono ed il malato ottenne l'udito, il quale era diminuito molto negli ultimi tempi. S.

LII. SNELL SIMEON. — **On the implication of the mastoidone in ear disease.** (*La partecipazione dell'apofisi mastoidea nelle malattie dell'orecchio*). In: *The Lancet,* 1886, Bd. I, N. 4.

Snell afferma, che benchè siano conosciute qualche volta malattie dell'apofisi mastoidea senza precedenti o contemporanei processi morbosi della cassa, ciò è sempre una eccezione. Di sette casi, in cui in seguito a suppurazioni dell'orecchio medio si formarono malattie dell'apofisi mastoidea, quattro guarirono dopo la rimozione di polipi dalla cassa, essendosi fatta strada al secreto putrido dell'orecchio medio. In tre casi la malattia cessò, sotto il taglio di Wilde. Nel caso della necessità di compiere un'apertura chirurgica dell'apofisi mastoidea, l'Autore si dichiara pronto di adoperare il trapano di Dalby. S.

LIII. HORSLEY VICTOR. — **Suppuration in mastoid cells with thrombosis of lateral sinus and septic embolism.** (*Suppurazione delle cellule mastoidee con trombosi del seno laterale ed embolia settica*). In: *The Lancet.*, 1886, pag. 1068.

Horsley fece l'apertura delle cellule mastoidee in una ragazza di diciasette anni, la quale aveva sofferto da tre anni di otorrea.

Quindici giorni prima dell'operazione apparve sordità completa nell'orecchio destro ed infiammazione di tutte le parti molli nella vicinanza dell'orecchio. Evacuato per mezzo del taglio di Wilde una quantità di marcia fetida, ma continuando la febbre, l'Autore aprì le cellule mastoidee poste all'indietro colla sgorbia.

La parete posteriore del condotto fu levata, e così l'orecchio medio e la cavità mastoidea furono trasformati in una cavità aperta. L'apo-

fisi mastoidea si trovò riempita di marcia fetida. Malgrado la disinfezione la più esatta e la medicazione al jodoformio, il giorno dopo l'operazione la temperatura mostrò una curva tipica di piemia, e l'ammalata fu colpita tre giorni dopo da grave angina precordiale e dispnea, le quali durarono per una mezz'ora. Questi sintomi cambiarono con quei di embolia polmonare, lagnandosi l'ammalata di forti dolori sotto l'angolo inferiore della scapola sinistra, dove si mostrarono anche i segni fisiologici di un tale stato.

L'ammalata migliorò man mano, curata con antipirina, e nel dicembre, tre mesi dopo l'operazione, si potè togliere il drenaggio. S.

LIV. STEPANOW E. M. — **Zur Frage über die Function der Cochlea.** (*Della questione sopra la funzione della chiocciola*). In: *Monatsschr. f. Ohrenheilk,* 1886, N. 4.

Stepanow osservò un malato, al quale era stato rimosso dall'orecchio sinistro un sequestro, rappresentante una parte della chiocciola e corrispondente alle 1 1/2 spirale superiori. Esaminando quest'orecchio con tutti i suoni nei limiti della percezione dell'orecchio umano, dai più bassi fino ai più alti, non si trovarono difetti. La distanza dell'udito per la voce ordinaria e la voce bisbigliata si mostrò più grande nell'orecchio ammalato, che nell'altro sano. L'unica anomalia constatata fu il risultato inverso dello sperimento di Weber e la diminuzione della percezione del Diapason per la conduzione ossea.

In base alla sua osservazione, l'Autore conchiude:

1.° Colla distruzione della parte superiore della chiocciola non scompare la percezione dei suoni bassi nell'uomo;

2.° Questo fatto, mancando le prove dirette della ipotesi di Helmholtz, basta per ritenerla inaccettabile;

3.° La perdita della parte superiore della chiocciola non produce difetti di suoni;

4.° La stessa non ha influenza — almeno quanto alla qualità — sopra la percezione della voce bisbigliata e forte;

5.° Come dalle suddette ipotesi non risulta, che la chiocciola non abbia funzione nella percezione del suono, così viceversa la conservazione dell'udito nelle malformazioni, nelle necrosi dei canali semicircolari e delle ampolle e nelle ablazioni sperimentali di questi non dimostra che queste parti non abbiano compartecipazione nella percezione del suono;

6.° Finora non abbiamo una base per localizzare le percezioni delle diverse manifestazioni del suono (suoni, rumori, voce) nelle diverse parti del laberinto. S.

LV. Pomeroy O. B. — **Un caso letale di infiammazione suppurativa dell'orecchio medio con ascesso del cervello. Necrosi e carie dell'osso petroso ed iperostosi del tetto della cassa.** (*Trans. amer. otol. Soc.*, 1885).

L'autopsia di questo caso mostrò il terzo superiore anteriore del lobo destro del cervello distrutta più o meno; il verme superiore normale, ma molle. La pia madre alla base era opacata lungo i grandi vasi. Vi era un essudato fibrino-marcioso sotto la parte destra e posteriore dell'emisfero. I ventricoli cerebrali ingranditi, il loro fondo liscio.

Non vi era pachimeningite localizzata o diffusa. L'Autore s'inclina a ritenere un fatto unico la iperostosi della vòlta della cassa.

Swan M. Burnett.

LVI. Kipp C. J. — **Un caso letale di malattia dell'orecchio, cominciata come infiammazione circoscritta nella metà esterna del condotto uditivo esterno.** (*Trans. amer. otol. Soc.*, 1885).

L'ammalata, di 28 anni, ebbe in tempi diversi accessi di foroncolosi al lato sinistro, di cui guarì apparentemente. Ma immediatamente dopo l'ultimo accesso ebbe intenso mal di testa. Non vi fu nè sensibilità o rossore della apofisi mastoidea, nè sintomi di forte infiammazione della cassa. Lieve aumento della temperatura. L'orologio non era sentito che toccando l'orecchio. Il diapasòn egualmente in ambedue i lati. L'ammalata morì, e l'autopsia mostrò una forte infiammazione di tutta l'aracnoidea e della pia, raccolta di pus nella parte anteriore del cervello; l'arcolino sinistro ed il facciale circondati di marcia. Vi era un piccolo accesso nel margine anteriore del lobo sinistro del cervello; le cellule dell'apofisi mastoidea erano riempite di un liquido marcioso — pochi sintomi di infiammazione della cassa.

Swan M. Burnett.

LVII. Mathewson N. — **Malattie cerebrali cagionate da affezioni dell'orecchio e dell'osso petroso.** (*New York med. Journ.*, 12 giugno 1886.

Riflessioni generali sopra tutto l'argomento e riepilogo del nostro sapere sopra di esso. Sei casi per illustrazione.

1.° Uomo di quarant'anni: scarlattina da bambino; otorrea destra di tempo in tempo. Il primo di gennajo dolori sopra l'apofisi mastoidea destra, incisione di Wilde. Il giorno dopo complicazione da parte del cervello, per cui morì tre giorni dopo. Autopsia: Carie del tetto della cassa ed ascesso cerebrale al di sopra di questa parte.

2.° Ragazzo di 11 anni. Otorrea con polipi nell'orecchio sinistro, fistola nell'apofisi mastoidea. Paralisi del facciale, la quale migliorò durante la cura; chiusura della fistola dell'apofisi. Dopo due mesi ritorno dei dolori, vomito, sonnolenza, costipazione. All'oftalmoscopio si

mostrò una lieve nevrite. L'ammalata morì dopo pochi giorni sotto convulsioni. Autopsia. La dura madre aderente sopra l'osso petroso e due cucchiaj di marcia nel cervello.

3.° Uomo di 40 anni. Raffreddore; sintomi cerebrali seguiti da morte.

4.° Donna di 27 anni. Otorrea per qualche anno; granulazioni fibrose nella cassa. Dolori e scolo fetido. Incisione di Wilde; necrosi dell'osso senza sintomi di mastoidite. Morte. Autopsia. Epitelioma originato dall'osso petroso.

5.° Bambino di 5 anni e mezzo. Otite media acuta destra senza perforazione. Morte. Si trovò carie del tetto della cassa con meningite basilare estesa.

6.° Bambina di 10 anni. Otorrea, polipi, convulsioni, dolori. Morte. Non si fece autopsia. SWAN M. BURNETT.

LVIII. SEXTON S. — **Due casi di malattia dell'orecchio trascurati, con esito letale**. (*Trans. amer. otol. Soc.*, 1885.

Primo caso: Otite media purulenta con linfadenoma del collo, carie dei parietali ed ossa vicine all'orecchio medio, paralisi del facciale e meningite suppurativa. Morte. Autopsia. mancava la parte superiore della parte interna della cassa, ed il canale semicircolare orizzontale fu trovato snudato. La parete della cavità mastoidea e delle cellule attigue era distrutta. La base della staffa era snudata, quasi distaccata. L'anello della finestra ovale era ruvido.

Nella superficie interna si trovò una estesa apertura lungo la sutura petro-squamosa, per la quale probabilmente erasi propagata l'infiammazione al cervello. SWAN M. BURNETT.

LIX. STEIN DE ST. di Moskowa. — **Il massaggio degli ossicini e la cura delle sensazioni auditive col diapason.** (*Deutsche med. Wochenschr.* N. 7, 1886.

De Stein adoperò il massaggio degli ossicini, secondo Lucae, colla sonda a pressione in 30 casi, e ne ebbe i seguenti risultati: 1.° La cura colla sonda in tre casi non ebbe nessuna influenza sopra l'udito ed i rumori; 2.° In un'ammalata scomparvero i rumori che duravano da anni dopo una cura di un mese senza aumento dell'udito; 3.° Nel maggior numero dei casi non fu ottenuto che una discreta distanza dell'udito, avendo sentita la voce bisbigliata ad 1 metro, ma i rumori scomparvero o diminuirono di intensità; 4.° Quattro volte l'udito fu ristabilito allo stato normale, ma perduravano i rumori. In questi casi l'Autore ricorse alla cura col diapason. In questi casi in cui lo stato anormale dell'apparato conduttivo, guarito col massaggio, aveva lasciato probabilmente un disturbo dell'organo percipiente solo la forma di rumori, la cura col diapason diede buoni risultati. H.

LX. Bride P. Mc. — **The prognosis of chronic non suppurative middle car affection.** (*La prognosi del catarro cronico dell'orecchio medio non suppurativo*). In: *The Edinburgh med. Journ.* Maggio 1886.

In un caso con diminuzione della conduzione pell'osso il catarro scomparve e nello stesso tempo l'udito fu ristabilito.

In un altro caso in cui la conduzione pell'osso era nulla, la cura dell'orecchio medio col cateterismo ottenne ristabilimento dell'udito. Inoltre l'Autore comunica la storia di una malata con rumori o diminuzione dell'udito. Questa guarì per la cura locale, mentrechè i rumori non cessarono che dopo una cura con preparati di ferro, soffrendo l'ammalata di anemia. S.

LXI. Burnett C. H. — **I rapporti fra il catarro cronico dell'orecchio medio e quello del naso.** (*Trans. amer. otol. Soc.*, 1885.

L'Autore crede che il catarro cronico dell'orecchio medio sia accompagnato e dipenda più spesso da rinite cronica, che da disturbi della faringe. Ve ne sono due forme, la ipertrofica e l'atrofica, di cui ognuna offre sintomi concomitanti dell'orecchio. I rumori negli orecchi si trovano più nelle forme atrofiche. La cura locale in tali casi si deve dirigere sulla mucosa del naso. Astringenti e pulitura nella forma ipertrofica, pulitura e stimolanti nella forma atrofica. Non si deve mai adoperare nitrato d'argento nella forma ipertrofica, ma nella forma atrofica esso ha valore come stimolante, principalmente in polvere.

Swan M. Burnett.

Apparato nervoso.

LXII. Dunkanson Kirk. — **Mumps as a cause of sudden deafness.** (*Parotite come causa di sordità improvvisa*). In: *Edinburgh med. Journ.* January 1886.

L'Autore ci comunica un caso di sordità improvvisa, seguita ad un accesso forte di parotite. Al contrario alle esperienze fatte fin qui, che la sordità acquisita in tal modo resti inalterata, si constatò in questo caso dopo qualche tempo un miglioramento dell'udito benchè limitato.

S.

LXIII. Kundrat. — **Demonstration eines vollständig verknöcherten Labyrinthes.** (*Dimostrazione di un laberinto completamente ossificato*). In: *Wien. med. Presse.* N. 17, 1886.

L'uomo trentenne, di cui Kundrat dimostrò il preparato, subì dieci anni prima della sua morte una lesione della testa con consecutivo scolo marcioso dall'orecchio destro. Più tardi vi fu mal di testa, vertigine e sordità completa a sinistra.

Il reperto della sezione dimostrò un vecchio ascesso incastonato nell'emisfero destro del cervello, il quale con una parte della sua periferia raggiungeva il condotto uditivo o interno.

L'osso petroso destro era più grosso del sinistro ed aveva gli orli arrotondati. Sezionando l'osso petroso, si presentò una completa obliterazione ossea del laberinto. H.

LXIV. Habermann J. di Praga. — **Zur Kenntniss der Otitis interna.** (*Per la cognizione della otite interna*). In: *Zeitschr. f. Heilk.*, 1886, N. 1.

Habermann aumenta il numero dei casi esattamente osservati di suppurazione secondaria del laberinto, in cui l'inflammazione si è propagata dal cervello al laberinto. L'Autore fece l'autopsia di un ragazzo, divenuto sordo nel decorso di una meningite e morto per questa affezione. Il reperto anatomo-istologico dimostrò che vi fu la continuazione della meningite esistente fino al laberinto e che prima della comparsa della sordità il laberinto era già ammalato; l'Autore crede venga fatto dall'avanzarsi dei fattori producenti la meningite dalla cavità sub-aracnoidea, per la lamina cribrosa e l'acquedotto della chiocciola, allo spazio perilinfatico dell'orecchio interno. S.

LXV. Ziem di Danzig. — **Ueber die Ursachen der Anschwellungen der Nasenschleimhaut.** (*Le cause delle intumescenze della mucosa nasale*). In: *Allgem. med. Central. Zeitung*, N.° 16 e 17, 1886).

Ziem accenna che avendosi una tumefazione con suppurazione persistente del naso non dipendente da una malattia circoscritta della cavità nasale, principalmente da una affezione dell'osso del setto o dei turbinati, si debba sempre pensare ad una suppurazione in un recesso della mucosa nasale, in una delle così dette cavità accessorie, rimossa la quale cessa l'otturazione e la suppurazione del naso.

L'intumescenza in seguito a tonsille ipertrofiche o vegetazioni adenoidee si spiega secondo l'Autore l'impedimento della respirazione che quelle danno, e per le conseguenti stasi dei plessi nasali.

Inoltre vi si aggiunge anche un disturbo diretto della circolazione, perchè la muscolatura della faringe e del palato sopracaricato dalle tonsille e dalle vegetazioni della faringe non può agire liberamente, e per tal modo s'impedisce l'evacuazione delle vene anteriori del naso nelle vene della faringe e del palato. S.

LXVI. Ziem di Danzig. — **Ueber Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen.** (*L'importanza e la cura delle suppurazioni del naso*). In: *Monatschr. f. Ohrenheilk*, 1886, N. 2, 3 e 4).

L'Autore afferma che il maggior numero di suppurazioni nasali è a focolai e che, solo in pochi casi, l'affezione è diffusa a tutta la mucosa. Perciò Ziem ha sempre cercato di trovare il focolaio della malattia, che produce la suppurazione e riuscì di trovare in un gran numero di individui affetti da blenorrea nasale una suppurazione del seno mascellare, che guarì insieme col processo della mucosa del naso,

per mezzo della apertura chirurgica del seno attraverso al margine alveolare.

I sintomi creduti fin qui caratteristici della suppurazione delle cavità accessorie del naso, come: 1.° il gonfiore della corrispondente mascella superiore; 2.° scolo aumentato se l'ammalato decombe sul lato opposto; 3.° dolore, e 4.° tumefazione della guancia corrispondente, possono mancare in parte o totalmente, secondo l'Autore.

Si deve supporre una malattia del seno mascellare: 1.° se una blenorrea della mucosa nasale fu trattata per qualche tempo senza effetto, 2.° se la mucosa nasale non presenta delle anomalie, mentrechè esiste uno scolo, ripetentesi spontaneamente e periodicamente o provocato da insufflazioni di aria nel naso.

La cura diretta si fa: 1.° per la via degli orifici naturali; 2.° per l'apertura chirurgica del seno mascellare.

L'Autore fece nel più gran numero dei casi l'apertura dal processo alveolare ed adoperò il trapano dei dentisti.

Dopo l'osservazione bisogna rimuovere regolarmente la marcia contenuta nel seno mediante una irrigazione ripetuta una o due volte al giorno. Delle soluzioni antisettiche usate a questo scopo fu trovato molto efficace il borace. S.

LXVII. NEUMANN J. F. di Pietroburgo. — **Ueber die Anwendung der Chromsäurc und der Galvanocaustik in der Nase und dem Rachen.** (*Sull'uso dell'acido cromico e della galvano caustica nel naso e nella faringe*). In: *St. Petersburger med. Wochenschr*. N. 3, 1886.

Neumann fonde l'acido cromico sopra piccoli cucchiai muniti di un manico piegato all'uso dell'acido fa precere una pennellazione con una soluzione al 5 per 100 di cocaina e seguire gargarismi con soluzioni di potassa. Prima della cauterizzazione e dopo si beve acqua di potassa o di Seltz. Non si è osservato mai vomito. S.

LXVIII. ZIEM di Danzig. — **Ueber das Zusammentreffen von Trachom der Bindehaut mit Catarrhen der Nasenschleimhaut.** (*Sulla coincidenza di tracoma della congiuntiva con catarri della mucosa nasale*). In: *Allgem. med. Centralzeitüng*. N. 23, 1886.

Ziem s'oppone alla opinione di Schiff, che malattie dell'orecchio possano essere causa di inflammazione cronica del naso e si fonda sopra l'autorità di Stoerk e di Horner, che non videro mai discendere le malattie della congiuntiva alla mucosa nasale. S.

LXIX. BOBONE T. di San Remo. — **Un caso di spasmo sternutatorio.** (*Bollettino delle mal. dell'orecchio ecc.* N. 4, 1886).

Si osservò in una ragazza di otto anni un caso di spasmo sternutatorio così forte, che due volte ne minacciò la vita. Lo spasmo si mostrò verso la fine di una polmonite e gli accessi di sternuto, sul prin-

cipio isolati, si successero poscia così presto, che l'ammalata non potè più compiere un'ispirazione, senza che un accesso di sternuto l'interrompesse.

Come sintomi accidentali si mostrarono epifora e una abbondante secrezione acquosa dal naso, Questo stato durò finchè l'ammalata divenuta cianotica, svenne; cessò allora lo spasmo e la respirazione riprese il suo ritmo.

Gli accessi tornarono ad intervalli più lunghi finchè la sera dello stesso giorno si ebbe una ripetizione del quadro descritto che richiuse di nuovo con uno svenimento. L'Autore ordinò pennellature con una soluzione di cocaina al 10 % e crede doversi all'azione di queste, se gli accessi divennero più rari.

L'esame della cavità nasale mostrò iperemia intensa di tutta la mucosa nasale e gonfiamento della mucosa di ambedue i turbinati inferiori così forte che toccavano in ambedue lati il setto. S.

LXX. Hack di Friburgo. — **Zur operativen Therapie der Basedowschen Krankeit.** (*Contribuzioni alla terapia operativa delle malattie di Basedow*). In: *Deutsche med. Wochensch.* N. 25, 1886.

L'ammalata, la cui guarigione comunica Hack, soffriva dalla prima infanzia di grave esoftalmo bilaterale con contemporanea inclinazione ad ostruzione estrema del naso. Più tardi comparve palpitazione di cuore ed ingrandimento della ghiandola tiroidea. Esaminando il naso vi si trovò iperplasia enorme del tessuto erettile dei turbinati medj ed inferiori del naso. Dopo la cauterizzazione del tessuto erettile del turbinato destro inferiore l'esoftalmo scomparve quasi completamente il giorno seguente. Trattato così anche il turbinato sinistro si vide dopo qualche giorno diminuzione della prominenza del bulbo. Più tardi cessò anche la palpitazione e l'area del cuore, prima ingrandita, tornò nel limite normale. H.

LXXI. Baumgarten E. di Budapest. — **Die Epistaxis und ihre Behandlung vom rhino-chirurgischen Standpunnte.** (*L'epistassi e la sua cura dal punto di vista rino-chirurgico*). In: Wien 1886. Teplik & Denticke.

La monografia di Baumgarten dà una descrizione chiara delle opinioni vecchie e moderne e degli esperimenti sopra l'epistassi. Ne sono discusse minutamente le cause e la cura e aggiunte le esperienze dell'Autore.

Per tamponare Baumgarten fa uso di striscie di garza al iodoformio introdotte pel naso. Come mezzo per distruggere i punti dell'emoraggia non crede bastante che la galvanocaustica ed il ferro caudente.

H.

LXXII. SCHMIEGELOW di Kopenhaghen. — **Om Stendanelsc in Nï·schulen.** (*Un rinolito*). In: *Nord. med. Arkiv.* Vol. XVI, N. 16.

Schmicgelow ci comunica la storia clinica di un uomo di 58 anni che soffrì per 16 anni di un grande rinolito nella metà sinistra del naso. L'ammalato guarì colla litotrisia. I sintomi erano la sensazione di ostruzione, un secreto abbondante e fetido dal naso e da 5-6 anni frequenti accessi di sudore emilaterale del capo, che l'Autore spiega come una nevrosi riflessa. Il calcolo consisteva principalmente di fosfato di calce e di magnesia. V. BREMER.

LXXIII. HUBERT W. di Heidelberg. — **Ueber die Verkrümmung dor Nasenscheidewand und dercu Bchandlung.** (*Sulle deviazioni del setto nasale e loro cura*). In: *München. med. Wochenschr.* N. 18, 19 e 20, 1886.

Hubert dà un riassunto dei diversi metodi proposti per la correzione della deviazione del setto nasale ed accenna che le deviazioni per forma e grado sono così diversi che in un caso il metodo ortopedico nell'altro quello operativo debba arrivare alla meta.

L'Autore descrive due metodi adoperati da Iurascz. L'uno consiste nell'ablazione galvanocaustica della deviazione (già proposta da Voltolini) l'altro nell'adoperare sistematicamente tamponi asciutti di cotone, i quali sono introdotti giorno per giorno nel naso ristretto. Questo metodo secondo l'Autore si raccomanda principalmente per deviazioni esistenti da breve tempo e di origine traumatica. H.

LXXIV. — COZZOLINO di Napoli. — **Deviazioni del setto nasale, delle ossa e cartilagini nasali.** (*Il Morgagni,* 1886, fasc. 3).

Cozzolino adoperò in otto malati affetti di deviazioni del setto nasale per il raddrizzamento di questo lo strumento raccomandato da Jurasz, e questo gli prestò in tutti i casi buoni servizj. Per conservare la posizione corretta l'Autore adoperò lo strumento di Adamo, modificato così, che le piastre di avorio furono sostituite da altre di cautchouc, che secondo l'Autore irrita meno la mucosa nasale. Quasi in tutti i casi basta lasciare questo strumento 2-3 giorni dopo l'operazione nel naso per ottenere la permeabilità completa. S.

LXXV. COZZOLINO V. di Napoli. — **Il lupus primitivo della mucosa nasale.** (*Archivj italiani di laringologia,* 1886).

Cozzolino osservò nel decorso di 8 mesi 5 casi di lupus primitivo della mucosa nasale. La sua opinione sopra l'eziologia, la diagnosi e la cura di questa malattia è la seguente.

Consta senza dubbio che vi è una manifestazione primaria del lupus sopra la mucosa nasale, che manifesta il suo effetto distruttore principalmente sopra il setto cartilagineo. Il lupus della mucosa nasale è più frequente di quello di tutte le altre mucose ed è una malattia

primaria non rara della membrana di Schneider, e può confondersi colle metamorfosi di sifilide tarda od ereditaria, principalmente se vi ha già perforazione o distruzione completa del setto cartilagineo. Il lupus della mucosa secondo l'Autore ha un carattere speciale e basta osservarne un caso per non confonderlo mai con altre forme.

L'unica cura razionale non può essere che locale, come nel lupus della pelle, e consiste principalmente nella distruzione dei nodoli per mezzo della galvanocaustica, pulitura e disinfezione dei condotti nasali.

Ogni cura diversa è inutile, secondo C., e non impedisce l'estensione del processo che si fa piu in superficie che in profondità. L'Autore accenna all'obbligo del dermatalogo di esaminare in ogni lupus della faccia o della pelle esterna del naso, la mucosa delle prime vie aeree; allora si troverebbero maggior numero di casi di lupus della mucosa nasale e non si crederebbe, come finora, così rara questa localizzazione primaria del lupus. S.

LXXVI. Cozzolino V. di Napoli. — **Catarro faringo-nasale artritico.** (*Bollettino delle malattie dell'orecchio ecc.* N. 4, 1886).

Due osservazioni di catarro faringo-nasale in indiviui con diatesi artritica e la produzione abbondante di croste coriacee nella cavità naso-faringea in questi inducono il Cozzolino ad accettare una nuova forma di catarro faringo-nasale, l'artritica, descritto già prima dai Francesi.

L'Autore per dar fondamento alla sua ipotesi, oltre gli autori francesi, cita anche Mackenzie ma erroneamente, perchè questo nel suo trattato delle malattie del naso e della gola egli fa menzione bensì del rapporto dell'artrite col catarro faringo nasale ritenuto esistente da due autori americani e da uno francese, ma conchiude in modo chiaro sia poco verosimile. S.

LXXVII. Broich M. di Anovra. — **Ein kurzer casuistischer Beitrug zu Tornwaldts Beobachtungen über Erkrankung der Bursaphoryngea** (*Breve contribüzione casuistica alle osservazioni di Tornwaldt sopra le malattie della borsa faringea*). In: *Monatschr f. Ohrenheilk.* N. 5, 6 e 7, 1886.

Broich trovò nel venti per cento dei casi di malattia della faringe e della cavità naso-faringea come causa un catarro della borsa faringea. Perciò si vede che le malattie di questa borsa, descritte da Tornwaldt non sono rare. Al contrario dell'opinione di Reimer l'Autore ritiene che la borsite faringea, non sia autogena ma piuttosto la consegnenza di affezioni croniche od acute del naso o della cavità naso-faringea. S.

LXXVIII. Keimer di Friburgo. — **Casuistische Mittheilugen über die Erkrankungen der Bursa pharyngea.** (*Comunicazioni casuistiche sopra le malattie della borsa faringea*). In: *Monatsschr f. Ohrenheilk.* N. 5, 6 e 7. 1886.

Keimer pubblica 8 osservazioni, le quali confermano la nosografia fatta da Tornwaldt delle malattie della borsa faringea. In questi casi fu ottenuta la guarigione colla terapia proposta da Keimer. Quanto alle affezioni nasali congiunte colla borsite faringea, e delle quali Tornwaldt cerca l'origine nella borsa, l'Autore osservò nei suoi casi che non c'è questo rapporto. Anzi cessati tutti gli altri sintomi l'affezione nasale doveva essere curata separatamente, per farla scomparire. Inoltre pubblica un caso in cui si ebbe il complesso di sintomi di bursite, mentrechè mancava la borsa. Le croste formantisi sempre di nuovo sul luogo della borsa erano cagionate da una rinite cronica, la di cui abbondante e viscida secrezione si era fatta strada dai turbinati medj ed inferiori alle parti laterali della faringe e dal margine superiore della coana alla parte mediana elevata per l'eminenza della protuberanza anteriore dell'atlante. Qui aveva assunto l'apparenza come di borsite faringea. Non basta dunque la presenza di secreto condensato in croste per diagnostizzare una malattia della borsa, soltanto il sondaggio dà una risposta sicura. S.

LXXIX. Gottstein I. di Breslavia. — **Zur Operation der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum.** (*L'operazione delle vegetazioni adenoidee nella cavità naso-faringea*). In: *Berlin. Wochenschr.* N. 2, 1886.

L'Autore descrive uno strumento per rimuovere vegetazioni adenoidee dalla cavità naso faringea. Esso è costituito da una lama a finestra della forma di una sezione di pera colla parte larga, volta in alto è la parte ristretta continuantesi in basso col manico orizzontale mediante una breve curvatura ad angolo retto, arrotondato all'indentro ed all'infuori, per modo che il coltello stia in direzione frontale al manico e non di fianco come quello di Lange. Gottstein passa collo strumento abbassandone il manico, all'indieiro del velo, premendolo nel luogo dell'operazione fortemente contro la parete della faringe, così che le vegetazioni si facciano strada attraverso delle aperture della finestra, allora le taglia con un forte movimento all'ingiù.

S.

LXXX. Löwenberg B. di Parigi. — **Ueber Exstirpation der adenoiden Wacherungen im Nasenrachenraume nebst Beschreïbungeines neünen Instrumentes zu dieser Operation.** (*La estirpazione delle vegetazioni adenoidee nella cavità naso-faringea e' descrizione del suo nuovo strumento per ques'a operazione*). In: *Deutsche mes. Wochensch.* N. 16, 1886.

Löwenberg costituì per rimuovere vegetazioni adenoidee un coltello tagliante coll'orio interno protetto. Il sistema di protezione copre lo strumento durante l'atto dell'introduzione. Introdotto lo strumento nella cavità naso-faringea e tolta per un meccanismo la protezione, il coltello è libero per l'operazione. Il coltello si muove quasi come una pialla da destra a sinistra e dall'alto in basso. La protezlone tutela gli organi vicini, parete della faringe e tuba d'Eustachio durante l'operazione, la cavità orale durante il passaggio dello strumento da lesioni e rende possibile l'operazione anche ad inesperti. H.

LXXXI. Chatellier H. — **De quelques accidents, qui accompagnent les tumeurs adenoides du pharynx.** (*Di qualche accidente, accompagnante i tumori adenoidi della faringe*). In: *Annal. des mal. de l'oreille, ecc.* N. 1, 1886.

I sintomi accessorii delle vegetazioni adenoidee descritti da Chatellier sono: 1.° Infiammazione: in tutti i casi osservati da lui si trovarono chiari sintomi di infiammazione, talvolta di grado maggiore, talvolta di grado minore; 2.° faringite sotto la forma di faringite granulosa; 3.° alterazione della forma nasale; 4.° alterazione della forma del petto. Che questi sintomi dipendono dalla ostruzione della cavità naso-faringea, si spiega dal loro scomparire dopo l'ablazione delle vegetazioni. H.

LXXXII. Grancher. — **Un nouveau signe des tumeurs adenoides du pharynx nasal.** (*Un nuovo sintomo dei tumori adenoidei della faringe nasale*). In: *Annal. des mal. de l'oreille, ecc.* N. 5, 1886.

Grancher accenna alla differenza della respirazione negli ammalati con vegetazioni adenoidee secondo che respirano colla bocca aperta o chiusa. Nel primo caso si ha respirazione costo-addominale, nel secondo respirazione per mezzo coste superiori e l'ingresso dell'aria non basta. Nella ascoltazione si sente debole e poco chiara la respirazione vescicolare. H.

LXXXIII. Lichtwitz. — **Destroubles de la voix articulée dans les affections du voile du palais de la cavité naso-pharyngienne e des fosses nasales.** (*I disturbi della voce articolata nelle affezioni del velopendolo nella cavità naso-faringea e delle fosse nasali*). In: *Revue mens.* N 4, 1886.

L'Autore accenna che i disturbi della voce cagionati per processi patologici sono ordinariamente troppo poco differenziati. Lichtwitz di-

stingue, secondo Kassmanl, due disturbi: La *rinolalia chiusa*, se la comunicazione fra la parte inferiore della faringe e la parte superiore del naso invece di essere aperta è chiusa; la *rinolalia aperta*, se la comunicazione è aperta dove dovrebbe essere chiusa. Nella rinolalia chiusa si deve distinguere se c'è un impedimento pella emanazione delle onde sonore senza stringimento o con restringimento delle cavità. La rinolalia aperta si trova nelle perdite di sostanza, nelle paralisi e paresi del velo palatino, nell'edema e nella infiltrazione, nei disturbi meccanici della motilità e finalmente nella atrofia congenita del velo palatino. H.

LXXXIV. Kirmisson H. — **Tumeurs néoplastique des fosses nasales.** (*Tumore neoplastico delle fosse nasali*). In: *Gaz. des Hôp.* Numero 3, 1886.

Kirmisson, basandosi sopra due casi, nei quali per sbaglio neoplasmi maligni furono ritenuti polipi e trattati come tali, accenna ai pericoli che da ciò ne derivano, e dà qualche cenno in riguardo alla diagnosi differenziale. Indi l'Autore descrive l'operazione di un tumore del naso, che traeva origine dal setto vicino all'orificio esterno e che fu rimosso col galvano-cauterio. S.

LXXXV. Tillaux M. — **Fibromyxome du pharynx nasal. Extirpation par la voie palatine.** (*Fibromixoma della faringe nasale. Estirpazione per la via palatina*). In: *Gaz. des Hôp.* N. 2, 1886.

Tillaux riferisce l'operazione di un polipo della cavità naso-faringea, impiantato nella parte inferiore dell'estremità posteriore del setto nasale, per mezzo di spaccatura del velo palatino.

La riunione di questo si effettuò in 5 giorni, la guarigione completa in dieci giorni.

L'esame istologico del tumore dimostrò struttura mixomatosa nella parte nasale e fibrosa nella parte faringea. S.

LXXXVI. Curchill M. — **Post nasal fibroma in a child.** (*Fibroma naso-faringeo in un bambino*). In: *The Lancet.* Vol. I, N. 4, 1886.

Curchill presentò alla Società patologica di Londra un fibroma, levato dalla cavità naso-faringea di un ragazzo di 8 anni. Il tumore era impiantato per mezzo di un peduncolo alla superficie superiore del velo palatino, ed aveva due processi digitali, che s'estendevano fino alle narici. Il tumore era pendente sopra l'apertura superiore della laringe ed aveva, a quanto appariva, impedito il pieno sviluppo del ragazzo. All'esame microscopico si mostrò un reticolo fino di fibrille, con poco tessuto mucoso. Il carattere mixomatoso era più chiaro nei suddetti processi. S.

LXXXVII. Capart di Bruxelles. — **Polypes fibreux naso-pharyngiens, guérison par l'electrolyse.** (*Polipi fibrosi della cavità naso-faringea. Guarigione per l'elettrolisi*). — *Communication faite à l'Academie.*

Capart riferisce due casi, in cui per mezzo dell'elettrolisi scomparvero grandi polipi fibrosi della cavità naso-faringea. In uno dei casi in cui si era tentato inutilmente di rimuovere il tumore secondo il metodo di Gussenbauer, fu ottenuta la guarigione in due mesi.

Nel secondo caso riuscì la distruzione del gran tumore in 7 sedute. L'uso dell'elettrolisi è molto semplice. Due elettrodi s'introducono pel naso nel tumore, il terzo curvato dalla faringe. Ordinariamente bastò l'uso di 4-6 elementi. La singola seduta durò 10-20 minuti.

S.

RIVISTA D'ANATOMIA PATOLOGICA

per il Dottor NINO GAZZANIGA

---

1. Andry I. — *I tumori dei plessi coroidei.*
2. Tirket Ch. — *Studio sulle condizioni anatomiche dell'eredità della tubercolosi.*
3. Giraud M. — *Sopra un osteo-sarcoma dell' estremità inferiore del femore destro in bambino di 12 anni — Tumore del peso di sei chilogrammi, accompagnato da ipertermia locale e generale.*
4. Coudamin R. — *Fratture del bacino, rottura dell' uretra e lacerazione della vescica.*
5. Cadeac e Malet — *Sulla trasmissione delle malattie infettive per mezzo dell'aria espirata.*
6. Lacroix I. — *Fibroma della dura madre che comprime la parte posteriore del lobo temporale destro in donna epilettica morta per tisi polmonare.*
7. Bard e Tellier — *Aneurismi dell' aorta addominale aperti nella pleura.*
8. Coudamin R. — *Sopra una ciste dermoide del cuojo capelluto del volume di un mandarino posta a livello della fontanella anteriore.*
9. Bucquois M. — *Studio clinico sull'ulcera semplice del duodeno.*
10. Landouzy e Dejerine — *Nuove ricerche cliniche ed anatomo-patologiche sulla miopatia atrofica progressiva.*
11. Arthaud G. — *Considerazioni sulla classificazione dei tumori del testicolo.*
12. Jeannel — *Saggio sulla patogenesi dei vizj di conformazione dell'ano e del retto.*

I. Andry. — **Les tumeurs des plexus choroïdes.** (*I tumori dei plessi coroidei*). In: *Revue de médecine,* 1886.

I tumori dei plessi coroidei sono rari; ne esiste un certo numero di osservazioni della scienza ed è appoggiandosi appuuto su venticinque casi conosciuti che l'Autore ha potuto presentare un lavoro abbastanza completo sull'argomento.

Questi tumori hanno sede a livello dei ventricoli laterali, del quarto ventricolo; più raramente del terzo; più di frequente si trovano a livello dell'inspessimento naturale che presentano i plessi dei ventricoli laterali quando essi attorniano il corno posteriore. Essi sono dovuti a sviluppo esagerato, sia d'un elemento anatomico normale dei plessi

(tumori epiteliali, vascolari, psammomi, fibromi, miomi, lipomi): sia di tutti gli elementi (ipertrofia semplice); sia ancora di elementi estranei a questi plessi (osteomi, condromi, tubercoli, cisti idatiche, cisticerchi).

Non si riproducono mai ad altri organi, a meno che non trattisi di tubercoli; possono essere molteplici ed allora frequentemente si accompagnano ad idrocefalo ventricolare.

In certi casi la malattia resta latente per tutta la vita; si scoprono per caso all'autossia, e non presentano alcun rapporto coi fenomeni osservati durante la vita; altre volte il tumore si scopre nelle ultime ore o negli ultimi giorni della vita per qualche fenomeno cerebrale (cefalea, coma, delirio). Più di frequente il quadro clinico presenta un decorso subacuto o cronico.

« Nel primo caso, l'ammalato presenta al principio fenomeni di eccitazione; poi sopravviene negli ultimi giorni della malattia, depressione nelle forze intellettuali e fisiche, che termina col coma. Nella forma cronica, si trovano questi due periodi, ma i sintomi sono, in qualche caso più vaghi al principio; e ciò sovente accade nei dementi e negli epilettici ». In questi casi pure si possono notare sintomi di vicinanza (poliuria, diabete, atassia cerebellare); ma nè disturbi d'ideazione, nè disturbi motori (paralisi, contratture, atassia) nè disturbi nella sensibilità (anestesia, dolori lancinanti, ecc. ecc.), nè disturbi sensoriali (cecità, sordità) nè disturbi dei riflessi, nè disturbi trofici o viscerali (vomiti ecc.) nulla, in una parola, caratterizza clinicamente questi tumori. Così la diagnosi è pressochè impossibile. « La morte può avvenire per diversi meccanismi. In qualche caso essa sembra dovuta alla sede del tumore che comprime il quarto ventricolo e lede il nodo vitale. Abitualmente essa è il fatto dell'idrocefalo grave, che aumenta senza posa e gli ammalati sembrano soccombere per una vera apoplessia sierosa. Altre volte è una malattia intercorrente che porta via l'ammalato, così una tisi, una bronco-pneumonite, una scarlattina ».

II. FIRKET CH. — **Étude sur les conditions anatomiques de l'hérédité de la tubercolose.** (*Studio sulle condizioni anatomiche dell'eredità della tubercolosi*). In: *Revue de Médecine,* 1, 1887.

Dimostrata la contagiosità e l'origine parassitaria della tubercolosi, lo studio dell'eredità di questa malattia venne fondato su nuove teorie, sulla trasmissione cioè del germe tubercolare al feto sia per mezzo dello sperma o dell'ovolo, sia per mezzo della circolazione placentare.

L'Autore prende in considerazione queste teorie dichiarando la seconda più verosimile e più probabile. Esamina quindi i recenti ed accurati lavori di Koubassof e di Todor sul passaggio dei batteri carbonchiosi dalla madre al feto per mezzo della placenta e crede che per analogia si possa pur ammettere tal passaggio anche per il ba-

cillo della tubercolosi. Ma perchè ciò possa avvenire bisogna che il bacillo tubercolare, come il carbonchioso, si trovi liberamente nel sangue materno; ciò che non fu peranco dimostrato. L'Autore con critica sagace e con non comune sapere discute poi la dottrina dell'infezione bacillare del sangue nella tubercolosi ed appoggiandosi ad un rilevante numero di autossie di tubercolosi asserisce in modo assoluto che nella maggior parte dei casi ne mancano i segni anatomici. Per questo crede che colle attuali conoscenze sull'eredità della tubercolosi si possono soltanto accettare le seguenti conclusioni:

1.° La trasmissione d'una malattia dalla madre al feto per mezzo della placenta non si osserva che nei casi in cui vi ha infezione del sangue, sia per malattie veramente parassitarie (carbonchio) o solo supposte tali (sifilide).

2.° Nel maggior numero dei casi di tubercolosi polmonare cronica non si può ammettere finora l'infezione bacillare del sangue, condizione essenziale d'infezione parassitaria del feto per mezzo della placenta.

3.° L'infezione tubercolare congenita per mezzo della placenta deve essere considerata come possibile; non interessando però la tubercolosi congenita in modo speciale il polmone, sede prediletta della tubercolosi primitiva, sembra provare che la tubercolosi polmonare primitiva non sia dovuta ordinariamente ad infezione congenita per mezzo della circolazione placentare.

III. GIRAUD M. — **Note sur un ostésarcome de l'extrémité inférieure du fémur droit chez un enfant de douze ans. Tumeur du poids de 6 kilogr., s'accompagnant de fièvre et de température locale élevée (hyperthermie des néoplasmes).** (*Nota sopra un osteosarcoma dell'estremità inferiore del femore destro in un bambino di 12 anni. Tumore del peso di 6 chilogr., accompagnato da febbre e da temperatura locale elevata (ipertermia dei tumori)*). In: *Lyon médical.* N. 19, 1887.

I tumori maligni nei bambini si presentano di frequente in modo assai diverso che negli adulti. Decorrono rapidamente, raggiungono in breve dimensioni considerevoli e non si trapiantano nelle ghiandole linfatiche vicine. La particolarità però di maggior rilievo è la febbre e l'ipertemia locale che li accompagna dall'inizio fino al termine del loro decorso. Nel caso riferito dall'Autore in un ragazzo dodicenne, un osteosarcoma teleangectasico del ginocchio destro raggiunse in un anno un volume così notevole da pesare sei chilogr. e da misurare 33 centimetri di circonferenza. Si mantenne però sempre alla sede primitiva; non si riprodusse alle ghiandole linfatiche nè ha infettato l'organismo. La febbre che ebbe il paziente oscillava fra 38-39 centigr. Fra il tumore e la parte simmetrica dell'arto opposto esisteva una differenza di temperatura di due, tre centigr.; temperatura che presa in diversi punti del tumore, si mostrava più elevata nelle parti peri-

feriche che nelle centrali. Ciò concorda colle idee espresse da Estlander, Vernuil, Parizot ecc. ecc. che cioè l'ipertermia dei tumori è in rapporto col loro rapido sviluppo e che è maggiore alla periferia perchè quivi è più attiva la proliferazione cellulare.

IV. CONDAMIN M. R. — **Fractures du bassin; rupture du canal de l'urèthre; éclatement de la vessie.** (*Fratture del bacino; rottura del canale uretrale; lacerazione della vescica*). In: *Lyon Médical.* N. 11, 1887.

In un vetturale caduto dalla carrozza in istato d'ubbriachezza, l'Autore ha riscontrato lesioni al perineo, allo scroto, alla parte interna della coscia ed una ferita all'inquine sinistro per la quale collo specillo si potevano sentire dei frammenti ossei. All'ospedale visse poche ore dopo l'accidente, in uno stato comatoso grave: non emise mai orina o sangue dall'uretra nè presentò segni fisici che ne rivelassero nella vescica. La necroscopia, eseguita dall'Autore ha spiegato la fenomenologia dimostrando quanto segue: distacco della pelle e tessuto cellulare sottocutaneo dalla linea alba al terzo superiore della coscia; spandimento di sangue sotto l'aponeurosi del grande obliquo; rottura dei legamenti pubici e distacco delle ossa pubiche; a destra, frattura della branca orizzontale e discendente del pube ad un centim. e mezzo all'infuori della spina pubica; a sinistra, identica frattura in due frammenti; leggera diastasi dell'articolazione sacro-iliaca. Integrità completa dei vasi crurali. Legger spandimento di sangue nel piccolo bacino; rottura del canale uretrale per modo che i due monconi distano fra loro per sei centimetri. Questa rottura avvenne nel punto dove l'uretra attraversa il legamento di Carcassone, per cui è giusta l'idea dell'Autore che cioè il canale uretrale si è tagliato contro l'aponeurosi media. La vescica affatto vuota presentava nella parte posteriore superiore una rottura della grandezza di cinque centimetri circa. Nessuna traccia di orina nel cavo peritoneale. La vescica, probabilmente assai distesa dall'urina (l'individuo era ubbriaco) si è lacerata per la soverchia pressione che su di essa hanno esercitato le ossa fratturate della parte anteriore del bacino e l'orina asettica versata nel peritoneo venne completamente assorbita. Le recenti esperienze di Vincent confermano questa spiegazione.

V. CADÉAC M. M et MALET. — **Sur la trasmission des maladies infectieuses par l'air expiré.** (*Sulla trasmissione delle malattie infettive per mezzo dell'aria espirata*). In: *Lyon Médical.* N. 14, 1887.

Gli Autori, colpiti dall'importanza che ancor oggidì si attribuisce all'aria nella trasmissione di alcune malattie contagiose, hanno attentamente ricercato quanta parte abbia l'aria espirata nella trasmissione delle malattie riputate contagiose per l'atmosfera e quindi capaci di essere trasmesse per le vie respiratorie. I loro studj furono però ri-

volti soltanto a due malattie infettive, al *carbonchio* cioè ed alla *varicella degli ovini*. Con numerose esperienze gli Autori cercarono di risolvere la questione seguendo duplice via, facendo inalare ad animali sani l'aria espirata da animali infetti ed inoculando poscia ad animali sani l'acqua ottenuta dal condensamento dell'aria espirata dagli animali infetti. Dalle esperienze fatte per il carbonchio, dimostrarono:

1.° che l'aria non è virulenta in quegli animali i cui organi respiratorj sono sani;

2.° che l'acqua ottenuta dal condensamento dell'aria espirata non contiene bacterj carbonchiosi e che inoculata non produce mai la malattia.

Per la varicella degli ovini hanno trovato:

1.° che l'aria espirata non è virulenta nè per gli animali sani, nè per quelli affetti da malattie dell'apparato respiratorio;

2.° che l'acqua ottenuta dal condensamento dell'aria espirata non contiene microrganismi speciali e che inoculata non trasmette la malattia.

VI. Lacroix M. J. — **Observation de fibrome de la dura-mère comprimant la partie postérieure du lobe temporal droit chez une femme épileptique morte de phthisie pulmonaire.** (*Osservazione d'un fibroma della dura-madre che comprimeva la parte posteriore del lobo temporale destro in una donna epilettica morta per tisi polmonare*). In: *Lyon Médical.* N. 10, 1887.

In una donna d'anni 53, figlia di nevropatici, sofferente fino dalla prima gioventù convulsioni epilettiche, cefalee intense e morta per tubercolosi polmonare, l'Autore alla necroscopia ha trovato il seguente interessantissimo reperto: anemia generale della cute, cachessia, tubercolosi e caverne ai polmoni; fegato grasso. Cranio brachicefalo, con assimetria frontale sinistra; ossa sottili con diploe scarsa. Granulazioni del Pacchioni ben sviluppate, anemia cerebrale notevole. Attaccato alla superficie interna della dura-madre, in corrispondenza della parte posteriore del lobo temporale destro, trovavasi un tumore del volume d'una grossa noce, che comprimeva la sovrastante sostanza cerebrale formando come una cavità, il cui fondo era formato dalle circonvoluzioni appianate e dalla pia-madre d'aspetto normale. Il tumore coperto da membrana fibrosa, molle, grigio al taglio e poco vascolare, era interamente costituito da tessuto connettivo. Questo tumore che non produsse sintomi durante la vita della paziente, ebbe qualche influenza sullo sviluppo dell'epilessia? L'Autore escluse che sia stata la causa diretta dell'epilessia perchè posto in un punto della zona latente del cervello; inclina ad ammettere, appoggiandosi alla predisposizione della donna per le nevropatie, che sia stato invece la causa occasionale.

VII. Bard L. et Tellier S. — **Anévrysmes de l'aorte abdominale; leur ouverture dans la plévre.** (*Aneurismi dell'aorta addominale e loro apertura nella pleura*). In: *Lyon Médical*. N. 13, 1887.

Gli Autori, analizzati i casi già descritti nella letteratura medica su quest'argomento e studiati al tavolo anatomico due casi a loro occorsi, danno sul meccanismo dell'apertura di tali aneurismi nella pleura le due seguenti spiegazioni: in alcuni casi l'aneurisma aumenta di volume, atrofizza e distrugge i tessuti sovrastanti, ascendendo così lentamente dall'addome verso il torace; allora l'apertura nella pleura non è che la conseguenza naturale della sua posizione. In altri casi invece l'aneurisma rimane nell'addome, ma giunge egualmente nel cavo pleurico perchè rompendosi nel tessuto cellulare sotto-peritoneale, posto immediatamente al disotto del diaframma, il sangue per la sua pressione riesce a staccare i tessuti, a vincere le inserzioni posteriori del diaframma ed a giungere così nella pleura.

VIII. Coudamin R. — **Note sur un kyste dermoïde du cuir chevelu du volume d'une mandarine, siegeant au niveau de la fontanelle antérieure.** (*Nota sopra una cisti dermoide del cuojo capelluto del volume d'un mandarino, posta a livello della fontanella anteriore*). In: *Lyon Médical*. N. 13, 1887.

Le cisti dermoidi del cuojo capelluto sono oltremodo rare; fra le altre poi sono rarissime quelle poste in corrispondenza della fontanella anteriore. Di queste ultime non se ne ricordano che sei casi, dovuti a Giraldès, a Vrany et Th. Neureuter, ad H. Arnot, ad Heurtaux, a Lannelongue ed all'Autore. Nel caso descritto dall'Autore, la cisti era situata appunto sulla linea mediana del cuojo capelluto appena all'innanzi del bregma; era molle, fluttuante, indolente; alla pressione non diminuiva di volume nè arrecava disturbi cerebrali. La sua base assai larga aveva uno spessore di 3-4 millim. ed una durezza pressochè ossea. Asportata ed esaminata al microscopio si conobbe il contenuto interamente costituito da sostanza sebacea, piena di piccoli e numerosi peli; la parete formata da sottile strato epidermoidale, sostenuto da derma fibroso dove trovavansi ghiandole sebacee e bulbi piliferi; la base invece costituita soltanto da tessuto fibroso assai compatto. L'Autore crede che per la speciale situazione del tumore non si possa pensare per la sua genesi ad un'invaginazione dell'ectoderma, ma che invece si debba ricorrere alla nota teoria di Cohnheim.

IX. Bucquoy M. — **Étude clinique sur l'ulcère simple du duodénum.** (*Studio clinico sull'ulcera semplice del duodeno*). In: *Archives générales de médecine*. Avril, mai, juin 1887.

Il duodeno, come lo stomaco, può essere la sede della lesione così ben studiata e magistralmente descritta da Cruveilhier sotto il nome di *ulcera semplice*. Solamente che mentre l'ulcera semplice dello sto-

maco si conosce perfettamente quella del duodeno per la sua rarità e pel suo difficile diagnostico, preoccupa ancora clinici ed anatomi-patologi.

Digià Klinger nel 1861, Falkenbach, Trier nel 1863, Krauss nel 1865 pubblicarono numerose osservazioni, affermando decisamente che l'ulcera duodenale debba avere un capitolo a parte nello studio delle malattie del tubo digerente. Le osservazioni ed i lavori su questo argomento moltiplicarono; essi vennero dati da Garniet, Morot, Tiellais, Nidergang, Alloncle, Chwostek e tutti tendono a dimostrare che l'ulcera duodenale ha proprj caratteri clinici ed anatomici. Dopo aver riassunto tutti i lavori conosciuti e pubblicate cinque osservazioni inedite, l'Autore studia l'eziologia, l'anatomia patologica, la sintomatologia e la cura dell'ulcera duodenale.

Secondo l'Autore, l'ulcera del duodeno è dovuta quasi esclusivamente ad una inflammazione locale primitiva: e questa teoria, emessa anche da Cruveilhier per l'ulcera semplice dello stomaco, venne confermata recentemente da Laveran e da Gaillard, i quali all'esame microscopico di questa alterazione, trovarono al disotto ed all'intorno del fondo cieco delle ghiandole del tessuto connettivo di nuova formazione e numerosi focolaj di elementi embrionali che mandavano prolungamenti alla tonaca muscolare ed alla mucosa. Questi elementi embrionali, secondo i suddetti Autori, degenerano, si trasformano a poco a poco in globuli di pus, e diventati liberi lasciano al loro posto una cavità simile a quella degli ascessi che dapprima forma una semplice erosione, poscia una vera ulcera. L'acidità delle materie contenute nella porzione del duodeno, che è sede quasi esclusiva dell'ulcera, contribuisce a' suoi progressi, come il succo gastrico contribuisce ai progressi dell'ulcera semplice dello stomaco. Quasi senza eccezione l'ulcera si presenta al di sopra del punto di sbocco del dotto coledoco e del dotto pancreatico. Ciò si spiega per il fatto che solo fino al detto punto il succo gastrico, che passa coi cibi nell'intestino, conserva la reazione acida e l'attività digestiva, mentre più in basso la pepsina s'incontra colla bile e l'acidità del succo gastrico viene neutralizzata dall'alcalinità del secreto intestinale, cosicchè il succo gastrico diventa inattivo.

Come nell'eziologia, così nell'aspetto anatomico l'ulcera semplice del duodeno somiglia moltissimo a quella dello stomaco. La sua forma è frequentemente rotonda ed i margini sono inclinati in modo che assume aspetto quasi infundibuliforme. La sua sede è nella porzione orizzontale superiore del duodeno; eccezionalmente si trova nella seconda o terza porzione, almeno come ulcera semplice, unica; spesso è situata in tal modo che dal duodeno passa nella mucosa del piloro. Ordinariamente è un'ulcera sola; più di rado parecchie. Quest'ulcera è caratterizzata dalla tendenza alla perforazione ed all'emorragia; l'emorragia può verificarsi per diffusione od erosione da parte dell'ulcera all'arteria pancreatica-duodenale (Knecht), all'arteria gastro-

epiploica (Bodinier), all'epatica (Brouissaiss), alla vena porta (Rayer) e perfino all'aorta (Stich).

Delle serie difficoltà diagnostiche risultano dal carattere latente della malattia durante la maggior parte del suo decorso. L'ulcera duodenale offre tuttavia sintomi che, senza avere un valore patognomonico assoluto, hanno dati abbastanza particolari per permettere di stabilire quasi con certezza l'esistenza della lesione duodenale. « Quando un ammalato di sesso maschile è preso all'improvviso da emorragie intestinali, che cessano dopo qualche tempo senza dare altri disturbi, tranne quelli che risultano da profonda anemia; quando queste emorragie avvengono con gli stessi caratteri ad epoche più o meno lontane, lasciando degli intervalli di apparente salute perfetta; quando infine dopo le crisi emorragiche il ritorno rapido delle funzioni dello stomaco dimostra l'integrità di quest'organo, v'ha forte presunzione, se non certezza, che le emorragie hanno la loro origine nell'ulcera semplice del duodeno. »

« L'esito più frequentemente osservato è la perforazione del duodeno, seguita da peritonite prontamente mortale. La morte può sopravvenire in seguito a ripetute emorragie o ad una emorragia infrenabile. » La prognosi è sempre grave. La cura identica a quella dell'ulcera gastrica.

X. Landouzy et Dejerine. — **Nouvelles recherches cliniques et anatomo-patologiques sur la myopathie atrofique progressive.** (*Nuove ricerche cliniche ed anatomo-patologiche sulla miopatia atrofica progressiva*). In: *Revue de Médecine*, novembre 1886.

In lavori anteriori gli Autori avevano stabilito « che d'ora innanzi era un errore togliere dall'atrofia muscolare progressiva mielopatica quel gruppo di atrofie a fisonomia clinica speciale, di natura miopatica, » alle quali essi avevano dato nome di *miopatie atrofiche progressive.* Avevano creduto del resto di dover descrivere due tipi clinici « un tipo facio-scapulo-omerale (corrispondente alla malattia descritta da Duchesne col nome di atrofia muscolare progressiva infantile), nel quale i muscoli della faccia sono atrofici come quelli delle spalle e degli arti; un tipo scapulo-omerale, analogo, sintomaticamente parlando, alla forma di amiotrofia descritta da Vulpian in certi mielopatici. »

Nella loro memoria gli Autori riportano sei nuove osservazioni, di cui una seguita da autopsia. Fra queste, alcune dimostrano nettamente la lesione intima esistente fra il primo ed il secondo tipo; le altre stabiliscono, completandosi a vicenda, che i due tipi clinici principali della miopatia atrofica progressiva non sono che varianti evolutive della stessa affezione. In certi casi, infatti, i muscoli mimici non sono atrofici che dopo un tempo più o meno lungo dei muscoli delle membra; è il tipo primo tipo, a sintomatologia facciale tardiva. In altri

casi, assai più comuni, sembrano essere la conseguenza della miopatia atrofica progressiva, che principia nell'adulto, al contrario di ciò che si osserva nell'infanzia, in cui il principio facciale è la regola.

Nullameno, benchè il secondo tipo non sembri costituire che un tipo temporaneo pure vi sono casi in cui può restare per tutta la vita, come dimostra una delle osservazioni degli Autori.

Anatomicamente la miopatia atrofica progressiva si avvicina alla paralisi pseudo-ipertrofica, da cui essa differenzia solo dal punto di vista clinico. Dippiù, benchè il sistema nervoso centrale e periferico siano intatti, benchè si abbia integrità assoluta dei nervi e dei centri trofici muscolari, certi fatti (simmetria delle lesioni muscolari, eredità nervosa, ecc., ecc.) permettono di supporre che v'è forse partecipazione funzionale del sistema nervoso alla patogenesi della miopatia; questa però non è che un'ipotesi, perchè « tenendosi agli insegnamenti anatomo-patologici dell'ultima ora, si deve dire che le miopatie sorgono, si svolgono e progrediscono senza neuropatie ».

XI Monod Ch. et Arthaud G. — **Considérations sur la classification des tumeurs du testicule.** (*Considerazioni sulla classificazione dei tumori del testicoio*). In: *Revue de Chirurgie.* N. 3, 1887.

Il lavoro degli egregi Autori consta di due parti. La prima è una concisa, esatta e ben esposta rivista storica delle principali teorie sul modo di formazione e classificazione dei tumori in generale. Accennato appena alla teoria dell'eteromorfia (Laennec, Lebert, Cruveilhier), fanno un raffronto fra quella di J. Müller e quella di Virchow. Il primo ammise che i tumori erano costituiti da elementi normali dell'organismo; ma se quello stabilì questo punto importante, che cioè tutte le produzioni morbose trovano i loro analoghi in qualche tessuto normale, non indicava però in nessun modo il meccanismo di loro formazione, ciò che appunto fece il Virchow; osservare le modificazioni della cellula allo stato morboso, sostituire alla forma immediata e momentanea degli elementi del tessuto ammalato, lo studio delle trasformazioni successive che essi possono subire. Idea capitale, soggiungono gli Autori, degna di essere messa a lato di quella di Müller, che convalida sviluppandola. Senonchè l'illustre Berlinese ammise che tutti i tumori hanno origine dal tessuto connettivo; a negar ciò sorsero Robin in Francia e Waldayer in Germania, i quali coi loro studi diedero origine alla teoria epiteliale del cancro. Coi lavori di Robin sull'epitelioma delle sierose, di Lancereaux, che descrisse forme non dubbie di tumori endoteliali dei linfatici, del peritoneo, di Gaucher, che descrivendo l'epitelioma della milza mostrò che si sviluppa a spese dell'endotelio dei linfatici e dei vasi della ghiandola; di Chambard, che stabilisce l'endotelioma primitivo dei ganglj; di Waldeyer, di Malassez che derivano il cilindroma dall'endotelio o peritelio, e per osservazioni personali degli Autori vien definitivamente stabilita la classe degli endoteliomi.

Ciò posto, gli Autori si domandano se non è possibile stabilire fra questi tumori, così classificati, ed i sarcomi volgari, coi quali furono per l'addietro confusi, un ravvicinamento qualsiasi. E questo cercano di provare: tenendo conto delle serie intermedie esistenti fra i due tipi, specialmente dimostrabile nello studio dei sarcomi angiolitici dell'aracnoide e dei rapporti che questi tumori hanno coi proprj vasi; cosicchè si potrebbe ammettere che nell'inizio di sviluppo dei tumori questi possono prendere origine dagli elementi figurati della parete vascolare Invocano anche il parallelo che si può stabilire fra la serie dell'angioma ed il linfo-angioma, fino al sarcoma diffuso passando per i linfosarcomi e gli angio-sarcomi; e l'altra serie dei tumori epiteliali che va dall'adenoma al carcinoma, passando per l'epitelioma volgare. Da ultimo accennano al fatto che certi epiteliomi recidivano sotto forma di carcinoma, mentre certi endoteliomi possono trasformarsi in sito od a distanza, in sarcomi diffusi. Espongono quindi come per i lavori di Ponfik sopra l'actinomicosi, di Koch sul tubercolo, sulla morva, lepra, sifilide si potè distinguere un'altra classe col nome di *tumori da infezione* e dopo brevi considerazioni espongono la teoria di Cohnheim, che si riepiloga colle stesse parole dell'Autore: *tutti i veri tumori sono il risultato d'un vizio di sviluppo embrionale.* « Ma *vero tumore*, è per gli Autori, un organo nuovo che si sviluppa ad una fase qualunque della vita post-embrionale e che segue nella sua evoluzione un decorso analogo a quello che segna il suo accrescimento al periodo della primitiva organizzazione ». Stabiliscono quindi due grandi classi: nella prima sono compresi i tumori propriamente detti; nella seconda le neoplasie d'origine infiammatoria o trofica, che possono presentarsi qualche volta con una morfologia identica a quella dei veri tumori, ma che differiscono sempre essenzialmente per il loro decorso, per la loro durata e per la loro evoluzione anatomica.

Nella seconda parte gli Autori, avendo a guida l'ipotesi di Cohnheim, discutono e provano come debbansi classificare i tumori del testicolo.

Questa seconda parte consta di tre capitoli. Nel primo si descrive delle inclusioni fetali e delle cisti dermoidi, che gli Autori ne fanno una sol classe col nome di *teratomi.* Sui *tumori misti* che occupano il secondo paragrafo, gli Autori notano che, tenendo calcolo dei numerosi esempi che si posseggono di tumori misti del testicolo, non si può non convincersi che essi offrano dei tipi che servono di transizione fra i detti tumori e le cisti dermoidi od inclusioni. Se esiste quindi realmente, dal punto di vista della loro struttura generale una stretta parentela fra tumuri misti e teratomi, si è tentati ad ammettere che la loro origine deve anche essere la stessa. Nel terzo ed ultimo capitolo sono analizzati i *tumori puri.* Di questi gli Autori fanno due classi; nella prima collocano quelli che si sviluppano dal foglietto medio, cioè i condromi, i misomi, i sarcomi embrionali, gli angiomi, i linfoangiomi, i miomi. Questi furono tutti trovati nella ghiandola

seminale, ma sono molto rari, almeno s'intende, senza essere misti con parti eterogenee. Si potrebbe del pari sostenere come i *tumori puri*, per i pochi elementi estranei che vi si trovano, meriterebbero a vero dire, di essere considerati come tumori misti. Tutti questi tumori appartengono originalmente al foglietto medio e quindi devono essere collocati nella grande famiglia dei tumori endoteliali, ciò che è conforme al significato morfologico delle cellule connettive non differenziate.

Queste idee sono poi sinteticamente svolte dagli Autori, i quali terminano questo paragrafo dichiarando che per loro conto l'ipotesi di Cohnheim è l'espressione di una verità fisiologica.

Nella seconda classe sono collocati i tumori del testicolo di origine endodermica. Questi tumori epiteliali in ragione della loro struttura e della loro evoluzione si presentano sotto due forme; la *tipica*, che ricorda più o meno la disposizione del tessuto ghiandolare normale; e la *metatipica* (carcinoma), nel senso che questo nome ha dopo i lavori di Waldeyer.

La forma tipica dell'epitelioma del testicolo è rappresentata dall'affezione descritta sotto il nome di *malattia cistica* di quest'organo.

I tumori epiteliali atipici del testicolo rivestono diverse forme. Qualcuna è in apparenza assai vicina alla malattia cistica. La più parte dei casi descritti sotto il nome di *sarcoma cistico*, come quasi tutti i *cisto-adenomi* di talun Autore, non sono che fasi più avanzate di modalità più atipiche della malattia di Malassez.

Più comune è l'epitelioma metatipico vero (carcinoma). Il più sovente esso si presenta sotto forma di un tumore molto diffuso, assolutamente atipico in tutta la sua estensione, a stroma poco abbondante, soggetto a degenerazione mucosa e colloidea, a gangrene parziali, ad emorragie multiple (encefeloide degli antichi). La varietà detta *scirrosa*, a stroma composto di elementi cellulari poco abbondanti, è più rara; fu descritta assai accuratamente da Nepreu. Essa presenta di sovente la formazione di perle epidermiche, risultanti dall'involuzione dell'epitelio canalicolare.

La qui unita tavola riassume il concetto della seconda parte di questo bel lavoro:

- **1.ª Classe. — Teratomi.**
  - Inclusioni fetali.
  - Cisti dermoidi.
- **2.ª Classe. — Tumori misti.**
  - Tumori endo-ectomesodermici.
    - Epitelioma tipico od atipico.
      - Sarcomatoso.
      - Miomatoso.
      - Crondromatoso.
      - Lipomatoso.
  - Tumori mesodermici.
    - Endotelioma tipico od atipico.
      - Crondromatoso.
      - Miomatoso.
      - Mixomatoso.
      - Lipomatoso.
- **3.ª Classe. — Tumori puri.**
  - 1.° Gruppo. Tumori endodermici.
    - Adenoma
      - Forma benigna della malattia cistica.
    - Epitelioma tipico.
      - Epitelioma mucoide tipico.
      - Sarcoma cistico degli antichi autori.
    - Epitelioma metatipico.
      - Carcinoma reticolato.
      - » colloideo.
      - » ematode.
      - » melanotico.
  - 2.° Gruppo Tumori mesodermici.
    - Tipo endoteliale.
      - Angioma
        - Angioma e linfo-angioma.
      - Endotelioma tipico.
        - Angioma embrionale.
        - Linfo-angio-sarcoma.
        - Linfo-adenoma.
        - Linfoma.
      - Endotelioma metapico (sarcoma).
        - Sarcoma embrionale.
        - Linfosarcoma.
        - Endotelioma metatipico nucleare.
    - Tipo adulto o differenziato
      - Tumori connettivi.
        - Condromi.
        - Miyomi.
        - Lipomi.
        - Fibromi.
      - Tumori muscolari.
        - Rabdomiomi.
        - Leiomiomi.

XII. Ieannel. — **Essai sur la phatogénie des malformations de l'anus et du rectum.** *(Saggio sulla patogenesi dei vizj di conformazione dell'ano e del retto).* In: *Revue de Chirurgie* n. 3, 5, 1887.

In questo accurato lavoro l'Autore riprende, coll'aiuto dell'Embriologia, lo studio anatomo-patologico dei vizj di conformazione dell'ano e del retto. Analizza dapprima le teorie patogeniche emerse sull'argomento da Trelat, da Iollin e Duplay; riferisce poscia e critica le classificazioni che di questi vizi hanno fatto Ioster e Gasser; da ultimo propone questa sua classificazione fondata sulla patogenesi, in cui i vizj di conformazione dell'ano e del retto sono raggruppati in tre classi:

I. Classe. — Vizj di conformazione che risalgono all'epoca della formazione dell'allantoide, del fondo cieco dell'intestino della ripiegatura caudale, e dell'atrofia dell'intestino caudale; ossia anteriori al diciottesimo giorno: Questi sono: *a*) la mancanza del retto, che nel maschio si complica sempre colla fistola intestino-vescicale, sovente con vizj di conformazione del canale di Wolff e degli ureteri, se la mancanza del retto è totale, e con fistole retto-vescicali se la mancanza del retto è incompleta; *b*) certi restringimenti o atrofie del retto, prodotto per esagerata atrofia dell'intestino post-anale; *c*) la persistenza dell'intestino post-anale.

II. Classe. — Vizj di conformazione che risalgono all'epoca dello sviluppo dell'ano primitivo, ossia posteriori al 18.° giorno, ma anteriori al ventesimo ottavo; questi sono: *a*) le mancanze dell'estremità inferiore del retto, dell'ano e dell'uretra profonda, o, per meglio dire, la persistenza della cloaca intestinale con mancanza della cloaca interna.

III. Classe. — Vizj di conformazione che rimontano all'epoca della divisione della cloaca interna e dell'esterna, ossia posteriori al 28° giorno: questi sono; *a*) la persistenza totale della cloaca esterna ed interna; *b*) la persistenza parziale della cloaca interna e totale dell'esterna (ano vulvare, scrotale, ecc.); *c*) la persistenza parziale della cloaca interna con normale evoluzione della cloaca esterna (fistola retto uretrale con ano imperforato); *d*) persistenza del seno uro-genitale; *e*) restringimenti del retto e quelli dell'ano con e senza mucosa; *f*) imperforazioni o meglio impermeabilità o restringimenti impermeabili del retto o dell'ano.

L'Autore come conclusione pratica del suo lungo lavoro ricorda per la diagnosi i seguenti precetti:

1.° Che la mancanza totale o parziale del retto, si distingue dalle imperforazioni e dalle atrofie del retto, per la costante coesistenza nei maschi colla fistola intestino-urinaria, nelle femmine coll'ano vulvare;

2.° Che mancano segni per diagnosticare a quale altezza si trovi la porzione terminale dell'intestino nei casi di imperforazione o di atrofia del retto;

3.° Che nei casi di mancanza del retto se v'ha fistola intestino-vescicale allora l'intestino è elevato; se invece vi ha fistola uretrale, allora l'intestino è in basso e bisogna cercarlo sul perineo;

4.° Che la diagnosi delle fistole intestino-vescicali e delle retto-uretrali, è difficilissima a farsi e che deve solamente fondarsi sui sintomi che servono a differenziare l'ematuria dall'uretrorragia.

VARIETÀ

A proposito di un annunziato Decreto riguardante le esercenti illegalmente da Levatrici. — Dopo i *farmacisti* le *levatrici,* dopo queste verranno i medici e chirurghi che illegalmente esercitano l'arte, ed ai quali un *esame pratico,* cui presiederà la *commiserazione,* concederà di fare quanto la legge concede a chi abbia per lunghi anni atteso agli studj, superato esami, sostenute spese, pagate tasse; *incomodi* tutti che queglino non hanno avuto.

Il dott. Belluzzi, egregio Direttore della *Maternità* di Bologna, ha fatto assai bene ad alzare la voce, e noi volentieri ne ripetiamo qui le parole, col desiderio, non diciamo *speranza*, che quelle non siano *fiato perso.*

La istruzione delle Levatrici in Italia era buona in alcune città, come ad es. a Torino, a Pavia, a Milano, a Venezia, a Firenze, ecc., era difettosa o mancante in varie Provincie, come nell'ex Stato Pontificio (forse Roma eccettuata), in cui non esisteva nemmeno una Sala per le partorienti, ove potessero le studenti ostetricia venire ammaestrate, e tuttavia dopo 3 o 4 mesi di istruzione teorica le aspiranti ottenevano il diploma di libero esercizio, senza avere visitato nemmeno una gravida. Solo nel 1860 fu presa qualche provvidenza anche in queste località, poichè il Governatore delle Romagna istituì in Bologna una Clinica ostetrica ed una Maternità, nei quali Istituti i giovani studenti e le aspiranti levatrici cominciarono nel 1862 a profittare. Nel 1870 poi la Facoltà medica della Università di Bologna fece un Regolamento, col quale il corso di ostetricia per le levatrici fu portato ad un anno solare, per 4 mesi teorico, e per 8 teorico-pratico. La quale disposizione recò buoni frutti, ed infatti le levatrici che furono patentate dopo tale epoca riuscirono senza confronto molto superiori alle antecedenti. Ma un più notabile progresso fu portato alla Istituzione dal provvido Decreto Reale 10 febbraio 1876, N. 2957 S.ª 2.ª ed annesso Regolamento, col quale si uniformava tale istruzione per tutto il Regno, obbligando le aspiranti, per essere ammesse a tale studio, a sostenere un esame sul programma della 3.ª elementare, e portando a 2 anni scolastici, la durata del corso teorico-pratico di ostetricia per le levatrici, da praticarsi in uno stabilimento di partorienti. Il medesimo Regolamento poi, riguardo a quelle esercenti abusive, le quali non avrebbero mai avuto l'idoneità per intraprendere un tale studio, e non volendo privare i Comuni massime di campagna di quel qualunque servizio ostetrico, del quale erano provvisti, recava la di-

sposizione transitoria che fino al 1879, le dette empiriche, che avevano servito per un quinquennio un Comune, con soddisfazione del medesimo potevano essere ammesse ad un esame pratico.

Il suddetto Regolamento fu accolto in Italia con molta soddisfazione dagli insegnanti ostetricia. Infatti il richiedere che lo aspiranti levatrici dovessero sostenere un esame di 3.a elementare, era un rialzo nella condizione delle future levatrici, dalle quali venivano così escluse le ignoranti, le analfabete e le donne della infima classe sociale. L'esigere poi un corso di due anni scolastici presso Cliniche ostetriche o maternità aventi almeno un 120 parti all'anno, ove era dato loro di fare uno studio serio ed una vera pratica dei parti, recava una grandissima utilità, ed invero dal 1876 ad oggi in questo decennio è uscito dalle scuole ostetriche del Regno buon numero di levatrici, con soda istituzione teorico-pratica, le quali sono riescite di reale vantaggio, non solo alle partorienti della città, ma altresì delle campagne, non perchè sieno stati molti i Comuni rurali, i quali spontaneamente abbiano cercato levatrici di recente patentate, ma perchè alcuni Consigli Provinciali sanitari, come ad es. quello di Bologna, forti del suddetto Regolamento e dell'obbligo che hanno i comuni di provvedere pei poveri al servizio sanitario anche ostetrico, ne costrinse non pochi, nei quali non vi erano che empiriche, a provvedersi di levatrici patentate. E che S. E. il Ministro della pubblica Istruzione fosse sempre persuaso dell'importanza della coltura delle levatrici si desume altresì dalla Circolare che dirigeva nel 1882 ai signori Prefetti, perchè « invitassero « gli ispettori scolastici a tenere più alta la misura dell'esame, perchè « fossero ammesse agli studj universitarj di ostetricia solamente quelle « candidate, che dessero prova sicura di suficiente istruzione. » Delle quali saggie disposizioni gli inseganti si compiacevano, in prova di che comparvero fra di noi in questi ultimi anni Manuali di ostetricia per le levatrici molto ben fatti, poichè uomini distinti non sdegnarono di occuparsene, come un Minati, un Grillenzoni, un Cuzzi. Nell'anno in corso poi, per cura di quest'ultimo, è anche sorto un giornale di ostetricia per le levatrici, destinato a tener vivi nella memoria delle esercenti mediante la narrazione di casi pratici, i precetti della scienza studiata, e nel quale le più distinte fra di loro possono rendere pubblica qualche osservazione, sicchè l'Italia anche nel rapporto della istruzione delle levatrici, si era messa a livello delle altre nazioni civili: quando con molta meraviglia si è veduta annunziata nei giornali politici prossima la pubblicazione di un Decreto combinato fra il Ministero dell'interno e della pubblica istruzione, col quale « sarà accor« data alle donne esercenti abusivamente da levatrici almeno da 10 « anni, anche se analfabete, di regolare la loro posizione, mediante « esame pratico da subirsi in una delle scuole di ostetricia delle Uni« versità italiane. » La quale disposizione, ove abbia effetto, sarà di gravissimo danno alle partorienti, specialmente delle campagne, le

quali sarebbero assistite (se così può dirsi) da empiriche ignoranti, le quali, oltre agli errori commessi durante l'assistenza del sopra parto, non conoscendo e non praticando l'odierna *antisepsi*, inconsciamente sarebbero causa di diffusione di malattie infettive fra le puerpere. Che se oggi esercitano a loro rischio e possono essere punite, ove qualche disgrazia avvenga in seguito al loro esercizio illegale, non lo potrebbero più dopo il suddetto esame.

Il nominato Decreto sarebbe pure di danno alle novelle levatrici patentate dopo lungo studio e sacrifizi sostenuti, le quali si vedrebbero preclusa la via ad onesti collocamenti in condotte ostetriche. Non sarebbe utile (sebbene di utile malinteso) che al bilancio di quei Comuni, quali essendo in flagrante opposizione alla legge *almeno da 10 anni*, per ciò che riguarda il servizio sanitario ostetrico, non avendo provveduto levatrici approvate, vedrebbero ad un tratto premiata la loro disobbedienza.

È vero che nel summentovato annunzio è detto che «il permesso di «esercizio alle citate empiriche sarà limitato al Comune, ove presen-«temente esercitano, e ove non esista una levatrice regolarmente pa-«tentata.» Ma non per questo il suddetto decreto sarebbe di meno danno, infatti sino p. es. mille i Comuni in Italia (saranno certamente di più) (1) nei quali vi sono esercenti ostetricia abusivamente, saranno mille Comuni nei quali le povere partorienti non saranno assistite a dovere, saranno mille condotte per lo meno soppresse ad un tratto per le levatrici patentate, e se in qualcuno di quei Comuni vi fossero patentate avventuriere, è dubbio molto sieno preferite, per ragione della spesa maggiore che importerebbero.

È vero ancora che per essere approvate queste empiriche, dovrebbero sostenere un esame pratico, e gli esaminatori potrebbero respingerle: molti di questi però, vedendo la tendenza del Governo alle facilitazioni, ne seguirebbero l'esempio, tanto più che non mancherebberu le raccomandazioni e le pressioni massime dei Comuni interessati, i quali probabilmente sono quelli che, per mezzo di qualche persona influente, hanno fatto credere ai nominati Ministri essere necessario di legalizzare la posizione delle suddette empiriche, mentre la verità è che non vi ha bisogno alcuno di far ciò, perchè contando anche solo dal 1878, sono più di 10 anni che sono state date alla società levatrici istruite, e che ogni anno buon numero di esse continuerà a venir fuori dalle scuole di ostetricia del Regno, disposte, anzi che hanno duopo di una condotta, in vista della quale hanno e studiato e speso non poco, dovendo la maggior parte mantenersi lontane dalla famiglia.

---

(1) Infatti dopo la consegna alla stampa del presente articolo appresi dall'ultima statistica sanitaria del Regno che il numero dei comuni mancanti di levatrici patentate è di 2872.

A provvedere ad un regolare servizio ostetrico basta che i Prefetti, quali presidenti dei Consigli Provinciali sanitari, in proporzione che vi sono levatrici patentate disponibili, cerchino sieno eliminate dai Comuni le esercenti illegali, invece che un *esame pratico* regolarizzi la loro posizione (1).

Ingegneri sanitari. — Ritenuta la necessità di migliorare la pubblica igiene e di renderne più efficace la sorveglianza nei comuni del Regno dove sovente son trascurate le norme stabilite dalla legge e dai regolamenti sull'edilizia sanitaria; ritenuto che all'uopo occorrono persone di speciale competenza, con R. decreto del 14 luglio è stato instituito alla dipendenza del Ministro dell'Interno un *ufficio d'ingegneri sanitari.*

Quest'ufficio sarà composto di 5 ingegneri, i quali saranno scelti con Decreto Reale fra quelli facenti parte del Consiglio superiore e dei Consigli provinciali di sanità giusta la legge 30 giugno scorso, n. 4617 (serie 3ª). — Saranno affidate al suddetto ufficio le attribuzioni conferite alla commissione instituita col R. decreto del 13 novembre 1885 n. 3536 (serie 3ª). — Oltre al compito del servizio centrale si commetterà a ciascuno degl'ingegneri componenti il suddetto ufficio e degli altri ingegneri facenti parte dei Consigli provinciali di sanità l'incarico di visitare quei comuni che fossero in istato di evidente malsania e di fare studi e proposte su tutto quanto abbia attinenza al miglioramento igienico delle popolazioni urbane e rurali.

La nuova istituzione si propone senza dubbio di favorire la pubblica igiene e il buon servizio sanitario; ma certamente sarebbe stato meglio incominciare dal formare la scuola per gl'*ingegneri sanitari,* poichè in nessuna delle nostre Scuole d'ingegneria s'insegna l'igiene, neppure i rudimenti. E ciò tanto più è necessario che quest'ufficio degl'ingegneri avrebbe facoltà che non hanno i Consigli provinciali, che non ha il Consiglio superiore, che sono corpi meramente consultivi. In oltre quest'ingegneri dovrebbero prendere il posto de' *medici igienisti* o *sanitari,* che dir si voglia: ma l'igiene e nelle sue norme e nelle sue applicazioni non istà tutta nell'*ingegneria!* Ciascuno al proprio posto; è la conseguenza logica del grande principio della *divisione del lavoro.*

I piccioni viaggiatori nelle esercitazioni di Verona. — Non sono senza importanza per la fisiologia comparata le meraviglie di *velocità* e di *memoria* dei piccioni viaggiatori. Curiosi e nuovi esperimenti si potrebbero fare in proposito: p. e. vedere quanto tempo duri la memoria del *natio loco,* ed anche in quale parte del cervello risegga cotale facoltà di sapere trovare la colombaja a sì grande distanza, battendo la via diretta, senza scostarsene o smarrirla.

---

(1) Dal «Giornale delle Levatrici», anno 1887, n. 16.

Intanto sentiamo ciò che è stato fatto ed ottenuto.

Durante le recenti operazioni di assedio e di difesa della piazza di Verona furono largamente impiegati i piccioni viaggiatori per il servizio di informazioni.

Gli esperimenti si proponeveno essenzialmente di determinare:

1.° Se e come potessero essere usufruiti i piccioni per istabilire e mantenere comunicazioni tra la piazza assediata ed altri punti del territorio nazionale;

2.° Il numero de' colombi, che doveva essere assegnato ad ogni stazione; l'ora delle lanciate; il peso dei dispacci; il modo di assicurarli e le probabilità del loro arrivo a destinazione.

I risultati sono stati nel loro insieme soddisfacenti.

Eccone un riassunto:

Nel periodo dal 18 al 31 luglio furono lanciati 271 colombi, ne pervennero a destinazione 247, come meglio appare dal seguente specchietto: (1).

	Distanza da Verona in linea retta	Lanciati con dispacci	Giunti a destinaz.°	Disertori	Media velocità
Roma......	415	38	32	6	51
Ancona.....	285	63	57	6	66
Alessand ria	200	83	57	6	47
Piacenza....	115	54	39	2	55
Bologna.....	159	13	59	4	53
Totale....	—	271	247	24	55 med. gen.

La prima trasmissione di dispacci si effettuò dapprincipio con 5 colombi per Roma e 4 per le altre città e poscia, in via normale, si ridusse questo numero a 3 per Bologna e Piacenza siccome meno distanti da Verona, pur continuando ad inviarne 5 a Roma e 4 ad Ancona ed Alessandria. In via eccezionale però si ridusse qualche volta a 3 il numero dei colombi per le ultime due citate stazioni, e spesse volte a 2 per Bologna e Piacenza, per le quali, in via d'esperimento, si fecero due spedizioni, con un sol colombo.

(1) Dei 24 disertori parecchi sono rientrati poi.

Quanto alle ore della giornata, nei primi giorni si effettuarono le lanciate subito dopo spuntata l'alba, onde far compiere il tragitto ai viaggiatori nelle ore meno calde, ma poi, per accertare se fosse possibile trasmettere notizie più volte al giorno, il 26, 28, 29, 30 e 31 luglio si effettuarono tre spedizioni per ogni città, meno per Roma, in tutte le ore della giornata comprese fra le 5 antimeridiane e le 3 pomeridiane. Soltanto 2 colombi giunsero a destinazione senza dispaccio loro affidato, che smarrirono lungo la via.

Il peso dei dispacci varia dai 3 ai 5 decigrammi. Coi medesimi si tennero informate le autorità militari dei singoli luoghi dell'andamento delle manovre e si comunicarono pure le notizie risguardanti le spedizioni dei colombi.

La media massima della velocità per spedizione, si ottenne nella prima lanciata del 29 luglio in Km. 68 e la minima si ebbe nella seconda lanciata nello stesso giorno in Km. 39.

La massima velocità individuale è stata raggiunta dalla colombaja M. di Ancona in Km. 90 il giorno 29 e 87 il 30 luglio. Raggiunsero i viaggiatori questa straordinaria velocità, probabilmente perchè dominavano in quel giorno sull'Adriatico venti freschi del Nord, che sono i più favorevoli al volo dei messaggieri. (Dalla *Gazzetta Ufficiale* del 9 agosto 1887 N. 186 pag. 4463).

Rivista meteorologica del mese di luglio 1887 (1). — Quella lieve depressione che, negli ultimi di giugno, giaceva sul genovesato, attraversò l'Italia nei primi tre giorni del mese e si portò sulla Grecia; di qui le pioggie ed i temporali verificatisi in quasi tutta l'Italia l'1 e nella bassa anche il 2. Intanto una nuova depressione dalla Finlandia passa il 6 su Pietroburgo (743), essa abbassa gradualmente il barometro ed una saccatura si forma anche in Italia (757) apportatrice di pioggie e temporali. Poi l'anticiclone, che venne di Francia, ristabilì il buon tempo nel resto della prima decade. La temperatura media della prima decade fu normale; a Treviso avemmo 34° il 4; ad Avellino 8° l'8.

Pongo qui la tabella **A** che contiene gli estremi termometrici osservati durante il mese in molte stazioni d'Italia.

---

(1) Comunicata dalla Direzione del R. Osservatorio del Collegio Romano.

TABELLA A.

Estremi termometrici del mese di Luglio 1887.

Stazioni	Minimi		Massimi	
	Gradi	Giorni	Gradi	Giorni
Porto Maurizio . . .	15,6	1	32,7	30
Genova	17,3	1	31,7	24
Massa-Carrara . . .	17,0	1	32,5	18
Cuneo	12,7	1	31,6	14
Torino	15,9	1	31,9	14
Alessandria	15,3	7	32,6	15
Novara	15,1	1	33,4	12
Pavia	13,7	1	33,6	15
Milano	15,4	1	34,2	15
Como	13,5	4	32,0	11, 12
Brescia	15,0	4	33,5	12
Cremona	15,3	1	34,2	12
Mantova	15,0	1, 2	36,0	12
Verona	15,6	1	33,8	30
Vicenza	15,7	8	32,5	23
Belluno	12,0	7	31,4	21
Udine	14,4	8	34,8	29
Treviso	16,4	8	36,9	16
Padova	14,6	8	33,0	22, 31
Rovigo	16,0	2	34,2	30
Piacenza	15,1	1	32,4	12
Parma	15,0	8	33,2	12
Reggio Emilia	16,4	1	34,4	28
Modena	16,4	1	33,8	23
Ferrara	16,5	2	33,9	12
Bologna	15,1	1	32,4	23
Ravenna	13,4	9	34,4	23
Forlì	14,2	8	35,0	23
Pesaro	13,4	8	33,6	23
Camerino	12,2	8	32,4	22
Ascoli Piceno	14,0	7, 8	37,5	22
Perugia	14,3	8	35,5	22
Lucca	15,3	8	35,2	22, 30
Pisa	13,3	8	37,2	22 —
Livorno	16,0	1	34,1	22 —
Firenze	14,4	9	38,0	22
Arezzo	15,0	2	37,5	22
Siena	14,4	1	36,5	2

Stazioni	Minimi		Massimi	
	Gradi	Giorni	Gradi	Giorni
Massa Marittima . .	14,3	2	32,5	22
Roma	16,7	1	37,3	22
Teramo	14,2	9	37.3	23
Aquila	11,0	2	33,8	22
Foggia	15,1	9	39,1	23
Bari	17,4	2	35,3	23
Lecce	16,9	2	36,1	23
Caserta	14,9	2	38,5	22
Monte Cassino . . .	14,6	2, 28	37,4	22
Napoli	17,3	9	35,2	22
Benevento	10,2	9	40,1	22
Avellino	8,0	9	34,6	22
Salerno	16,5	2, 11	34,5	29
Potenza	10,4	9	32,5	22
Cosenza	15,4	9	37,0	23
Trapani	19,8	12	33,9	19
Palermo	15,9	5, 12, 18	37,3	24
Caltanissetta	13,5	2	35,7	23
Messina	21,1	2, 4	34,8	23
Catania	19,9	2	36,0	22, 24
Siracusa	18,8	3	32,6	29
Sassari	15,5	1	36,5	23

Nella seconda decade di luglio il regime barometrico fu in Europa anticiclonico; in Italia poi dall'11 al 16 assai livellato, mentre nel 17 si forma sul golfo di Genova una debole depressione, che nel 20 è passata in Grecia. Di qui i temporali e le pioggie copiose del 17 e 18 nella valle del Po.

La temperatura media della seconda decade fu di 1° a 2° sopra normale; a Foggia avemmo 38° il 19; ad Avellino 11° 1/2 il 20.

La temperetura media della terza decade fu di 1° a 2° sopra normale; a Caserta avemmo 38 01/2 il 22; ad Avellino 12 02/3 il 26.

Diamo qui posto alla tabella **B** riguardante i mm. d'acqua caduta nel mese, nonchè quelli caduti nel luglio 1886.

TABELLA B.

Acqua caduta nel mese di luglio 1887, confrontata con quella caduta nel luglio 1886.

Stazioni	Luglio 1887	Luglio 1886
Porto Maurizio	11,8	0,8
Genova	11,2	5.6
Massa Carrara	2,0	7,0
Cuneo	71,2	9,9
Torino	112,0	92,0
Alessandria	24,2	8,2
Novara	23,5	131,5
Pavia	57,4	3,9
Milano	38,5	86,4
Como	148,2	137,0
Bergamo	?	66,2
Brescia	68,5	62,5
Cremona	70,8	16,7
Mantova	67,6	20,9
Verona	56,0	37,0
Vicenza	87,9	52,2
Belluno	94,9	113,9
Udine	144,2	206,5
Treviso	99,0	49,5
Venezia	?	27,2
Padova	48,7	29,6
Rovigo	39,6	27,4
Piacenza	126,8	2,3
Parma	33,6	3,7
Reggio Emilia	46,0	3,9
Modena	82,2	1,3
Ferrara	94,9	0,5
Bologna	74,0	13,3
Ravenna	46,8	44,9
Forlì	43,2	18,1
Pesaro	9,8	11,8
Urbino	?	24,0
Camerino	57,6	39,3
Ascoli Piceno	40,0	41,0
Perugia	18,5	22,2
Lucca	4,0	8,2
Pisa	2,5	9,1
Livorno	18,6	1,5
Firenze	5,0	4,3

Stazioni	Giugno 1887	Giugno 1886
Arezzo	18,1	4,7
Siena	27,9	6,6
Massa Marittima	10,0	0,0
Roma	30,1	13,3
Teramo	32,2	19,8
Chieti	?	20,2
Aquila	23,8	?
Agnone	?	7,0
Foggia	7,9	0,0
Bari	11,2	0,1
Lecce	57,0	19,1
Caserta	35,3	0,0
Monte Cassino	34,7	2,6
Napoli	7,0	0,0
Benevento	135,5	0,5
Avellino	33,0	0,4
Salerno	40,5	0,0
Potenza	42,4	1,8
Cosenza	35,2	4,2
Reggio Calabria	?	0,3
Trapani	5,0	13,8
Palermo	11,6	5,8
Girgenti	?	1,4
Caltanissetta	4,9	0,0
Messina	0,1	0,5
Catania	11,0	?
Siracusa	1,0	0,0
Sassari	8,1	2,9

Nel 21 una nuova area di alte pressioni (770) trovasi sulla Scozia e persiste sull'Europa occidentale meno accentuata fino al 24.

In Italia nel 22 il barometro è livellato fra i 763 764, nel 23 le isobare presentano un'insenatura (762), aperta verso il SE.

Nel 25 sul golfo di Lione trovasi una debole depressione, che dopo si diffonde sull'Italia e che da ultimo passa in Grecia; di qui le lievi pioggie con parvenze temporalesche del 22 e 23 dell'alta Italia e i piccoli temporali fra il 26 e il 30.

Il Direttore e Gerente responsabile

Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del Prof. S. FUBINI

(Continuazione e fine, vedi fascicolo precedente pag. 76).

RIVISTA DI OTOJATRIA

dei Dottori ARTURO HARTMANN e EDOARDO SCHULTE.

Lavori varj.

Strumenti ed apparecchi.

Orecchio esterno.

39. Nepter H. — *Ciste nel padiglione dell'orecchio dopo un ematoma traumatico* — 131.
40. Sanger Brown — *Tre casi di ematoma, curati con massaggio, elettricità e sanguisughe* — 131.
41. Keown Mc. — *Perforazioni durature della membrana del timpano* — 131.
42. Uckermann — *Rilasciamento della membrana* — 132.
43. Dalby W. B. — *Le funzioni della membrana del timpano, illustrate per malattie* — 132.
44. Miot C. — *Tumore del manico del martello* — 132.

Orecchio medio.

45. Dixon Jones C. N. — *Otite media acuta suppurativa, meningite settica, piemia, febbre tipica, morte dopo una settimana* — 132.
46. Bacon G. — *Un caso di otite media purulenta, con susseguente mastoidite e piemia. Operazione. Guarigione* — 133
47. Chatellier H. — *Di qualche accidente concomitante i tumori adenoidi della faringe* — 133.
48. Duyardin — *Nota sopra la cura della suppurazione della cassa per instillazioni di sublimato (4 osservazioni)* — 133.
49. Eitelberg A. — *I polipi dell'orecchio e la loro cura* — 133.
50. Hessler — *Contribuzioni casuistiche alla cura operativa delle suppurazioni dell'apofisi mastoidea* — 134.
51. Coccherelli A. — *Trapanazioni della mastoide* — 134.
52. Snell Simeon — *La partecipazione della apofisi mastoidea nelle malattie dell'orecchio* — 133.
53. Horsley Vittorio — *Suppurazione delle cellule mastoidee con trombosi del seno laterale ed embolia settica* — 135.
54. Stepanow E. M. — *Della questione sopra la funzione della chiocciola* — 135.
55. Pomeroy O. D. — *Un caso letale di infiammazione suppurativa dell'orecchio medio con ascesso nel cervello. Necrosi e carie dell'osso petroso e iperostosi del tetto della cassa* — 136.
56. Kipp C. I. — *Un caso letale di malattia dell'orecchio, cominciante come malattia circoscritta nella metà esterna del condotto uditivo esterno* — 136.
57. Mathewson N. — *Malattie cerebrali cagionate da affezioni dell'orecchio e dell'osso petroso* — 136.
58. Sexton S. — *Due casi di malattia dell'orecchio trascurata, con esito letale* — 137.
59. Stein de St. — *Il massaggio degli ossicini e la cura delle sensazioni auditive col diapason* — 137.
60. Bride P. Mc. — *La prognosi del catarro dell'orecchio medio non suppurativo* — 138.
61. Burnett C. H. — *I rapporti fra il catarro cronico dell'orecchio medio e quello del naso* — 138.

Apparato nervoso.

62. Kirk Dunkanson — *Parotite come causa di sordità improvvisa* — 138.
63. Kundrat — *Dimostrazione di un laberinto completamente ossificato* — 138.
64. Habermann J. — *Per la cognizione della otite interna* — 139.

Naso e cavità naso-faringea.

65. Ziem — *Le cause delle intumescenze della mucosa nasale* — 139.
66. Lo stesso — *L'importanza e la cura delle suppurazioni del naso* — 139.
67. Neumann J. F. — *Sull'uso dell'acido cromico e della galvano-caustica nel naso e nella faringe* — 140.
68. Ziem — *Sulla coincidenza di tracoma della congiuntiva col catarro della mucosa nasale* — 140.
69. Bobone T. — *Un caso di spasmo sternutatorio* — 140.
70. Hack — *Contribuzione alla terapia operativa della malattia di Basedow* — 141.
71. Baumgarten E. — *L'epistassi e la sua cura dal punto di vista rino-chirurgico* — 141.
72. Schmiegelow — *Un rinolito* — 142.
73. Ubert W. — *Sulle deviazioni del setto nasale e loro cura* — 142.
74. Cozzolino V. — *Deviazioni del setto nasale delle ossa e cartilagini nasali* — 142.
75. Lo stesso — *Il lupus primitivo della mucosa nasale* — 142.
76. Lo stesso — *Catarro faringo-nasale artritico* — 143.
77. Broich M. — *Breve contribuzione casuistica alle osservazioni di Tornwald sopra le malattie della borsa faringea* — 143.
78. Keimer — *Comunicazioni casuistiche sopra le malattie della borsa faringea* — 144.
79. Gottstein J. — *L'operazione delle vegetazioni adenoidee nella cavità naso-faringea* — 144.
80. Löwenberg B. — *L'estirpazione delle vegetazioni adenoidee nella cavita naso-faringea e descrizione del suo nuovo strumento per questa operazione* — 145.
81. Chatellier H. — *Di qualche accidente accompagnante i tumori adenoidi della faringe* — 145.
82. Grancher — *Un nuovo sintomo dei tumori adenoidi della faringe nasale* — 145.
83. Lichtwitz — *I disturbi della voce articolata nelle affezioni del velopendolo, della cavità naso-faringea e delle fosse nasali* — 145.
84. Kirmisson M. — *Tumore neoplastico delle fosse nasali* — 146.
85. Tillaux H. — *Fibromyxoma della faringe nasale. Estirpazione per la via palatina* — 146.
86. Churchill H. — *Fibroma naso-faringeo in un bambino* — 146.
87. Capart — *Polipi fibrosi della cavità naso-faringea. Guarigione per l'elettrolisi* — 147.

RIVISTA D'ANATOMIA PATOLOGICA

per il Dottor NINO GAZZANIGA

1. Andry I. — *I tumori dei plessi coroidei* — 148.
2. Tirket Ch. — *Studio sulle condizioni anatomiche dell'eredità della tubercolosi* — 149.
3. Giraud M. — *Sopra un osteo-sarcoma dell'estremità inferiore del femore destro in bambino di 12 anni — Tumore del peso di sei chilogrammi, accompagnato da ipertermia locale e generale* — 150.
4. Coudamin R. — *Fratture del bacino, rottura dell'uretra e lacerazione della vescica* — 151.

VARIETÀ.

RIVISTA DI CHIRURGIA (1)

1. Rosenbach — *Dell'erisipeloide e sua eziologia.*
2. Fischer — *Dello sviluppo a spirale di alcune parti dell'organismo.*
3. Helferich — *Un caso di miosite ossificante generale.*
4. Bramann — *Un caso di degenerazione cistica dello scheletro.*
5. Sonnenburg — *L'Arthropathia tabidorum.*
6. Krause Fedor — *Della degenerazione ascendente e discendente dei nervi.*
7. Albrecht — *Delle malattie chirurgiche provenienti all' uomo dalla posizione eretta.*
8. Kraske — *Della respirazione artificiale e della artificiale produzione dei moti del cuore.*
9. Schlange — *Materiali da medicatura sterilizzati.*
10. De Ruyter — *L'azione dello jodoformio.*
11. Bruns P. — *Dell'azione antitubercolare dello jodoformio.*
12. Genzmer — *L'ignipuntura.*
13. Helferich — *Dall'incremento artificiale della neoformazione ossea.*
14. Lassar O. — *Del modo di ottenere regolari cicatrici.*
15. Wagner W. — *Del trapiantamento di lembi cutanei peduncolati dal torace al braccio per rimediare ai difetti delle parti molli.*
16. Israel J. — *Nuovo metodo di rinoplastica.*
17. Genzmer — *Della deformità del setto nasale.*
18. Israel J. — *Un nuovo metodo di plastica delle guancie.*
19. Wolff — *Dell' uranoplastica e della stafilorafia nella prima infanzia.*
20. Wölfler — *Degli effetti della legatura delle arterie tiroidee nel gozzo.*
21. Hahn E. — *Un comodo metodo di levare dal gozzo grossi pezzi di tessuto senza otturamento e senza emorragia.*
22. Albrecht — *Il fondamento anatomico della scoliosi.*
23. Stelzner — *Estrazione di un ago da cucire dal ventricolo destro del cuore.*
24. Kümmell — *Della laparotomia nella tubercolosi peritoneale.*
25. Wölfler — *Della Resectio pylori.*
26. Rydgyer — *Osservazioni su di un caso di resezione del piloro per carcinoma e sulle indicazioni della laparotomia nell'ulcera perforante dello stomaco.*

---

(1) Resoconto del XVI Congresso della Società chirurgica tedesca tenutosi dal 13 al 16 aprile 1887. Dal « Centralblatt für Chirurgie », Appendice al N. 25, 1887. — Sunto del dott. R. Paladini.

27. Fletter — *Un caso di resezione del piloro per carcinoma.*
28. Mikulicz — *Della cura operativa della stenosi pilorica*
29. Stelzner — *Estrazione di parecchi corpi stranieri mediante contemporanea entero e gastrotomia.*
30. Madelung — *Dell'intervento chirurgico nell' occlusione intestinale, nella peritonite e nella perforazione dell'intestino.*
31. Rydygier — *Contributo alla cura chirurgica dell' occlusione intestinale.*
32. Credé — *Della cura chirurgica delle coliche intestinali croniche, gravi per prevenire l'occlusione.*
33. v. Tischendorf — *Enterostomia per atresia congenita dell'ileo.*
34. Beely — *Innovazione nei cinti erniarj.*
35. Lange — *Della cura chirurgica delle emorroidi.*
36. — *La cura delle fistole intestinali mediante escisione e sutura.*
37. Küster — *Della chirurgia della cist fellea.*
38. Tillmanns H. — *Della estirpazione ed incisione della cistifellea per calcoli biliari.*
39. v. Tischendorf — *Estirpazione della cistifellea per calcoli biliari e ferma di un rene mobile.*
40. Tillmanns H. — *Un caso di calcolosi renale.*
41. Lange — *Della nefrolitotomia.*
42. Madelung — *Un caso di ateroma renale.*
43. Israel J. — *Un caso di esportazione di rene carcinomatoso eseguita nei primi stadj del male.*
44. Stetter — *Estirpazione di un rene carcinomatoso.*
45 Helferich — *Sarcoma metastatico della clavicola e della colonna vertebrale procedente da tumore maligno renale.*
46. Nitze — *L'endoscopia elettrica della vescica maschile.*
47. Brenner — *Un nuovo apparato elettro-endoscopico.*
48. Kovàcs — *Note sulle indicazioni, esecuzione e statistica dei calcoli orinarj.*
49 Wölfler — *Della cura operativa delle fistole orinarie.*
50. Hofmeier M. — *Degli atti operativi sull'utero gravido.*
51. von Lesser L. — *Trattamento delle fratture dell' epifisi inferiore del radio consolidate in modo difettoso.*
52. Wittelshofer — *Apparecchio per la cura dei piedi torti congeniti.*
53. Beely — *Protesi semplificata del piede e delle gambe.*
54. — *Semplice disposizione per mezzo della quale si può determinare la rotazione del piede all'interno od all' esterno nel camminare.*
55. — *Apparecchio per i piedi torti atto a permettere un movimento di abduzione e di adduzione.*

I. ROSENBACH (Gottinga). — **Ueber das Erysipeloid und dessen Aetiologie.** (*Dell'erisipeloide e sua eziologia*).

L'erisipeloide o risipola cronica od eritema vagante, quantunque non sia malattia grave, presenta qualche interesse dal lato eziologico. Pare infatti che esso sia un'infiammazione dipendente dalla penetrazione in una ferita o lesione cutanea di un microbo che si trova nelle carni degli animali morti. Perciò ci vanno specialmente soggetti i cuochi, i venditori di selvaggina, i macellaj, i conciatori, i pescivendoli e le mani sono più frequentemente colpite. Si manifesta con una infiltrazione della cute, che si fa di colore rosso cupo o livida, e si estende assai lentamente, per esempio, in otto giorni dall'estremità di un dito al metacarpo corrispondente ed in altrettanto tempo fino al carpo. È accompagnata da prurito e trafitture. Dura da una a tre settimane. L'Autore riescì ad ottenere colture pure del microbio produttore di questa infezione e con esse, mediante inoculazione, produsse la malattia sul proprio antibraccio. Nella gelatina, nella quale fu eseguita la coltura alla temperatura di 20 gradi, vi erano corpuscoli simili a micrococchi, ma più tardi si videro anche filamenti di varia lunghezza con ramificazioni e con un ingrossamento terminale, probabilmente ricettacolo delle spore. Questi caratteri rassomiglierebbero a quelli assegnati da Cohn alla *Cladothrix dichotoma.*

II. FISCHER E. — **Ueber Wachsthumsdrehung.** (*Dello sviluppo a spirale di alcune parti dell'organismo*).

In una neoformazione ossea del bacino, l'Autore osservò non lievi traccie di uno sviluppo a spirale. Un medesimo fatto constatò nelle escrescenze ossee dell'artrite deformante, e di due casi di anchilosi del ginocchio. Anche nello sviluppo del tubo intestinale il suo asse segna una spirale, ed un simile cammino seguirebbero le anse intestinali nella produzione delle ernie. Le trazioni, le compressioni, la posizione del corpo pare possano esercitare un'influenza sullo sviluppo delle neoformazioni ossee. Di questi fatti la chirurgia deve tener conto, massime nella cura dei piedi torti, delle incurvature delle gambe e delle ernie.

III. HELFERICH (Greifswald). — **Vorstellung eines Kranken mit allgemeiner Myositis ossificans.** (*Un caso di miosite ossificante generale*).

L'ammalato conta attualmente 24 anni. La malattia incominciò nel 1875 e fino al 1879 tenne un decorso piuttosto rapido, poi si rallentò. I fenomeni più rimarchevoli sono le modificazioni subìte dai due pollici, la simmetrica mancanza di una falange in due dita dei piedi, ciò che fu pure constatato in tutti gli altri casi; le enormi chiazze ossee come corazze al petto ed al dorso, la chiusura delle mascelle per l'ossificazione dei masseteri e la contrattura delle braccia.

Volkmann (Halle) crede che si debba abbandonare l'idea che nella miosite ossificante si tratti di un'affezione infiammatoria, ed invece adottare il concetto che essa sia un perturbamento dello sviluppo di origine congenita. Ritiene pure affatto infondata l'opinione che trattisi di un reumatismo muscolare.

Helferich però contrappone la circostanza che nel suo ammalato l'ossificazione incominciò dove aveva agito una pressione od un trauma.

IV. Bramann (Berlino). — **Ein Fall von cystöser Degeneration des Skelettes.** (*Un caso di degenerazione cistica dello scheletro*).

Una donna, d'anni 34, nella quarta gravidanza fu colta verso il settimo mese da dolori intensi al dorso ed agli arti inferiori; ebbe dopo alcuni mesi una frattura spontanea del femore destro, cui seguì una pseudoartrosi, poi presentò tumefazioni ai femori ed alle tibie e poi di nuovo frattura spontanea di entrambi i femori, dell'omero destro e dell'antibraccio sinistro. Venuta a morte, si riscontrarono all'autopsia i caratteri dell'osteomalacia nelle coste, nella colonna vertebrale e nel bacino, allargamento della cavità midollare nelle ossa cilindriche ed in essa numerose cisti di volume vario, da quello di un pisello a quello di una noce. Esse si trovavano anche nei calli delle fratture dei femori.

V. Sonnenburg (Berlino). — **Die Arthropathia tabidorum.**

Per determinare i precisi rapporti fra le lesioni articolari, che si riscontrano nella tabe dorsale, e la degenerazione dei cordoni grigi posteriori, l'Autore crede essere importante l'accurata osservazione dei primi esordj della malattia. Egli potè istituire tale studio in 20 casi. L'analgesia concorre alla produzione delle lesioni articolari, specialmente del così detto piede tabetico, perchè permette che gli arti assumano atteggiamenti viziati. Le articolazioni degli arti superiori possono essere attaccate al pari di quelle degli arti inferiori.

L'Autore tuttavia opina che non si possa ancora emettere un giudizio definitivo sulle varie ipotesi enunciate, quale quella di Virchow, che la tabe dorsale predisponga alle lesioni articolari, producendo perturbamenti locali della nutrizione delle ossa; e quella di Charcot, che le attribuirebbe, in base ad osservazioni proprie, a degenerazione dei nervi periferici.

Rotte riferisce di un uomo di 40 anni, nel quale ancora nello stadio preatassico della tabe, nello spazio di sole sei settimane un piede divenne varo in sì alto grado, che il malleolo esterno toccava il suolo. Nell'eseguire la resezione dei capi articolari della gamba si trovò che vi era frattura del malleolo interno e del talo, che era in gran parte distrutto. L'esito dell'operazione fu soddisfacente, sebbene la guarigione sia stata assai lenta.

Un altro uomo d'anni 40 affetto da tabe dorsale, presentava da

quattro anni un gonidrarto; in seguito ad una caduta nello spazio di sei settimane il ginocchio divenne valgo in alto grado per artrite deformante e distacco del condilo esterno della tibia. Anche in questo caso fu eseguita la resezione dei capi articolari.

In un uomo d'anni 34 che era in secondo stadio inoltrato della tabe, un ginocchio in tre mesi acquistò tale mobilità, che la gamba pendeva ciondoloni e mobile in tutti i sensi. Nel procedere alla resezione si trovò che l'estremità superiore della tibia era scheggiata in molti frammenti ricongiunti da tessuto connettivo e che il condilo interno della medesima giaceva libero in seno all'articolazione. Questo caso fu pubblicato da Bensch nel N. 50 del *Berl. klin. Wochenscrift* del 1886.

Una donna d'anni 38, sofferente di dolori lancinanti ed analgesia agli arti inferiori, ebbe spontanea lussazione di un femore per artrite deformante. Fu operata di resezione dell'articolazione.

Un paziente d'anni 55 affetto da tabe dorsale in secondo stadio, ebbe frattura spontanea del femore destro e successiva lussazione.

Sembra troppo recisa l'asserzione di Charcot, che le artropatie dei tabidi dipendano puramente da un impulso nutritivo interno e non dall'influenza di cause esterne. Più accettabile è l'opinione di Virchow, il quale ritiene che la tabe determini nell'articolazione una speciale vulnerabilità, per la quale più facilmente e più gravemente tendono ad ammalarsi. Le cause di queste vulnerabilità risiederebbero precipuamente nell'analgesia, nell'atassia e nella fragilità delle ossa.

Sonnenburg invece appoggia l'idea di Charchot, in considerazione delle circostanze che nella tabe le lesioni sono per lo più poliarticolari, anzichè monoarticolari; ma se si riflette che le artropatie, alle quali predispone la tabe, possono essere molteplici (artrite deformante, traumatica, reumatica, idrarto) non sarà da maravigliarsi che parecchie articolazioni si trovino contemporaneamente offese per cause differenti. Quanto alla degenerazione periferica dei nervi nulla essa prova, potendo essere secondaria tanto alla lesione spinale, quanto a quella articolare. Secondo l'Autore però l'analgesia preesistente alle lesioni articolari, indica un'alterazione dei rami nervosi periferici e perciò fa supporre che le lesioni stesse siano in dipendenza dalla mancanza d'innervazione piuttosto che da una diretta influenza della stessa.

Krönig (Berlino) rammenta che nella clinica di Frerichs furono osservati tre ammalati di tabe, nei quali eravi incurvamento della colonna vertebrale con manifesta tendenza a cadere all'avanti. Ad essi riuscirono molto vantaggiosi i corsetti di ossi di balena.

VI. Krause Fedor (Halle). — **Ueber ansteigende und absteigende Nervendegeneration.** (*Della degenerazione ascendente e discendente dei nervi*).

Insieme con Friedländer (1), l'Autore ha rilevato che in seguito all'amputazione di un arto i monconi centrali dei nervi subiscono delle metamorfosi, consistenti principalmente nell'assottigliamento delle porzioni midollari delle fibre sensitive e nella moltiplicazione dei nuclei. Queste modificazioni tuttavia riguardano soltanto le fibre sensitive, mentre invece quelle motorie possono conservarsi inalterate anche dieci anni dopo l'amputazione.

Siccome i risultati ottenuti dalle esperienze sugli animali non sono sempre applicabili integralmente all'uomo, l'Autore si propose di studiare su di questo gli effetti della recisione, distruzione ed esportazione parziale dei nervi nei casi non solo di amputazioni, ma altresì di atrofia per compressione data da un tumore e di sfacelo di un'intera zona per gangrena. Dalle sue osservazioni dedusse che i monconi di un nervo reciso non si riuniscono mai per prima intenzione, ma possono anche dopo lungo tempo ricongiungersi per seconda; che i corpuscoli tattili di Meissner non sono solamente centri sensitivi, ma forse anche trofici, poichè le fibre che stanno in relazione con essi non subiscono degenerazione anche se è interrotta ogni loro comunicazione coll'asse cerebro-spinale; che nella gangrena senile e diabetica la degenerazione dei nervi è secondaria e non primitiva, come potrebbe sospettarsi; nel moncone periferico di un nervo reciso non subiscono degenerazione tutte le fibre che sono in comunicazione con un centro trofico, e nel moncone centrale restano integre le fibre motorie e quelle sensitive delle ossa e muscoli.

VII. Albrecht (Amburgo). — **Ueber diejenigen chirurgischen Krankheiten, welche die Menschen sich dadurch erworben haben, dass sic in die aufrechte Stellung übergegangen sind.** (*Delle malattie chirurgiche provenienti all'uomo dalla posizione eretta.*

Siccome gli antenati remoti della razza umana, giusta la teoria dell'evoluzione, camminavano a quattro gambe, così, secondo l'Autore, è naturale che l'uomo, avendo voluto distinguersi adottando la posizione eretta, che gli animali non assumono se non affatto eccezionalmente, avesse a risentirne qualche svantaggio.

I dannosi effetti della posizione eretta sarebbero i seguenti:

Malattie delle ossa, scoliosi, spondiliti, ascessi per congestione, cotiliti, ginocchi vari e valghi, spondilolistesi; spostamento di organi retroperitoneali, reni, testicoli, ovari. Riguardo ai testicoli è da notarsi che solo i monotremi hanno testicoli prerenali, i cetacei, gli sden-

(1) « Fortschritte der Medicin », 1886, p. 749.

tati, il rinoceronte, l'elefante hanno testicoli retrorenali; i tilopodi, molti carnivori, gli ungulati hanno testicoli inguinali; alcuni ungulati, i pipistrelli, gli insettivori hanno testicoli inguinali, che però risalgono nell'addome all'epoca del calore; molti ruminanti, carnivori, scimmie hanno testicoli scrotali, i marsupiali hanno i testicoli in una borsa avanti al pene. Per analogia l'Autore profetizza che in avvenire gli uomini avranno nello scroto anche i reni, e le donne gli ovarj nelle grandi labbra;

Ernie; a proposito delle quali l'Autore nota come la discesa dei testicoli rappresenti la formazione di un'ernia fisiologica, e la parte nervosa degli occhi costituisca un encefalocele normale. Similmente si può dimostrare che il cuore non è altro se non un normale aneurisma arterio-venoso allo sbocco dell'arteria e della vena protoepatica, nell'arteria e nella vena ventrale;

Varici, varicoceli, emorroidi. Diverticoli esofagei rappresentanti il cieco esofageo del majale, del camello, dell'elefante.

VIII. Kraske (Friburgo). — **Ueber künstliche Athmung und künstliche Herzbewegung.** (*Della respirazione artificiale e della artificiale produzione dei moti del cuore*).

In un fanciullo di cinque anni, morto per crup, circa un quarto d'ora dopo il decesso fu eseguita la tracheotomia e fu istituita la respirazione artificiale secondo il metodo di Silvester, e dopo pochi minuti si videro le labbra farsi rosee, colorarsi le gote, restringersi le pupille (per l'afflusso del sangue nei vasi); appena si sospendeva la respirazione artificiale ritornava l'aspetto cadaverico, e riprendendola si ripristinava il colorito vitale. In queste alternative si persistette per quasi due ore, quindi si desistette dai tentativi, vedendo che non si riusciva a ristabilire il polso e la respirazione spontanea.

Questo caso dimostrò all'Autore come colla respirazione artificiale si effettui altresì in certo grado la respirazione sanguigna, e di ciò si accertò con ulteriori esperienze sugli animali ed anche su cadaveri umani, nei quali giunse ad ottenere l'arrossamento delle labbra e lo stringimento delle pupille.

Fra i vari metodi di respirazione artificiale, quello di insufflazione diretto dell'aria nei polmoni non può esercitare grande azione sul circolo, poichè con esso si determina solo l'aumento della pressione atmosferica nell'interno dei polmoni e non mai l'abbassamento come sarebbe necessario. Lo stesso può dirsi del metodo della compressione del torace verso la base. Il metodo di Silvester, imitando con maggior precisione i movimenti respiratorj naturali, riesce il più efficace anche per riguardo alla circolazione.

Nei bambini, se alla compressione della base del torace si aggiunge quella della regione cardiaca, si agisce direttamente sul cuore, stringendolo e cacciandone il sangue che vi si trova accumulato. Negli

adulti si ottiene lo stesso risultato, comprimendo durante l'espirazione l'addome, e l'effetto è più marcato se si inverte la posizione del corpo mettendo il capo in basso e le gambe in alto, in modo che il diaframma graviti pel proprio peso sul cuore e venga agevolato il deflusso del sangue dalla vena cava nel cuore.

Questa pratica sarebbe da attuarsi, secondo l'Autore, specialmente nei casi di sincope per inalazione di cloroformio.

Le norme per riuscire nell'intento sono di mettere il paziente col capo all'inbasso, fargli eseguire moti respiratorj, secondo il metodo di Silvester, con notevole vigore, contemporaneamente fargli comprimere il torace ad ogni espirazione da un ajuto colle due mani, e ad ogni cinque espirazioni e ad ogni dieci ispirazioni fargli turare da un altro assistente le narici e la bocca per meglio agire sulla circolazione.

Heusner (di Barmen) racconta che in un caso di morte per tumore cerebrale, essendosi prolungata la respirazione artificiale per ben quattro ore, si riuscì ad ottenere il rossore delle labbra ma non a ristabilire il polso e le reazioni della pupilla e dei muscoli, con rialzo della temperatura a 33° centigr.; ed in un altro caso di una giovane affetta da patereccio e caduta in collasso per inalazione di cloroformio, di cui si usarono meno di 20 grammi, si eseguì invece la respirazione artificiale per tre ore, ma poi essendosi collocata la ragazza in un bagno continuandosi la respirazione artificiale, si riuscì a richiamarla in vita per la durata di circa tre ore. In questi casi fu istituita la respirazione artificiale col metodo di Schüller, che riesce bene nelle persone magre, trattandosi di eseguire trazioni sul margine costale. Heusner avrebbe altresì osservato che se si tengono i pazienti col capo pendente in basso, essi hanno maggiore attitudine a resistere all'avvelenamento per cloroformio; perciò egli consiglia che quando si vuole istituire la respirazione artificiale si metta il paziente col capo in basso e si faccia tratto tratto cangiare la posizione del tronco.

Langenbuch (di Berlino), in un caso di morte per narcosi cloroformica di un ammalato di tabe dorsale, aprì il torace dopo mezz'ora di inutili tentativi colla respirazione artificiale e comprimendo il cuore colla mano, ottenne l'arrossamento del volto, ma nulla più.

IX. SCHLANGE (Berlino) — **Ueber sterilisirte Verbaudstoffe.** (*Materiali da medicatura*).

Coll'impregnare i materiali, che devono servire alla medicatura delle ferite, di sostanze antisettiche, si mira ad impedire lo sviluppo di batterj. Secondo l'Autore, però questa precauzione è illusoria, poichè i materiali da medicatura non vengono adoperati subito dopo che furono preparati ed hanno tempo di caricarsi di germi di microbi, mentre d'altra parte l'essicamento distrugge o scema il loro potere antisettico. L'Autore, con molteplici prove, si è accertato che anche la

garza preparata col sublimato corrosivo quando è essiccata, perde quasi ogni facoltà parassiticida. Si deve poi anche notare come l'albumina del sangue e delle secrezioni delle ferite ha la proprietà di sopprimere la virtù antisettica del sublimato corrosivo, scomponendolo e formando un albuminato mercuriale insolubile. L'Autore crede perciò preferibile l'uso di apparecchi diligentemente sterilizzati coll'esposizione ad una corrente di vapore acqueo a 100 gradi, quali già furono adottati nella clinica universitaria di Berlino, poichè con essi si è sicuri di non introdurre germi viventi di nessuna sorta e quindi di mantenere una perfetta asepsi.

X. De Ruyter (Berlino). — **Zur Jodoformwirkung.** (*L'azione dello jodoformio.*

Heyn e Rovsing di Copenhagen sostengono (1) che l'uso dello jodoformio nella cura delle ferite è non solo inutile, ma ben anche pericoloso, perchè con esso possono trovarsi mescolati germi di microbi patogeni. L'Autore non nega la possibilità di quest'ultimo inconveniente, ma osserva che esso può essere facilmente evitato con qualche cautela nella preparazione e conservazione del medicamento, e che del resto esso è comune anche agli altri antisettici asciutti: acido borico, garza e cotone con sublimato corrosivo, con acido fenico, con solfofenato di zinco, ecc. (2).

L'Autore, unitamente al dottor Behring, ha notato che lo jodoformio nel pus mantenuto alla temperatura del corpo umano si scompone, lasciando traccie sensibili di jodio. Il sangue ed il siero sanguigno normalmente non hanno la facoltà di produrre tale scomposizione, ma se vi si aggiungono i micrococchi del pus tosto essa si verifica. Lo jodio che ne risulta ha la proprietà di combinarsi colle ptomaine, di modificare le loro facoltà coloranti e di rendere innocui i cocchi del pus, sebbene non ne distrugga la vitalità. Tale proprietà riesce particolarmente vantaggiosa per la medicatura della bocca, del naso, dell'intestino retto ed altre cavità del corpo dopo atti operativi, poichè è ormai fuor di dubbio che ivi possono prodursi ptomaine.

È però da avvertire che impiegando lo jodio invece dello jodoformio non si ottengono i medesimi effetti. La soluzione dello jodoformio in una mistura di alcool e di etere uccide prontamente i microorganismi; ha quindi un'energica azione disinfettante e può servire molto opportunamente anche per sterilizzare i materiali da medicatura al momento stesso che si devono adoperare.

La semplice soluzione eterea è un po' meno attiva, ma è molto acconcia per assicurare con uniforme distribuzione dello jodoformio sulla superficie di una ferita.

(1) « Fortschritte der Medicin », 1886, N. 2.

(2) v. Bergmann. « Arbeiten aus der Chir. klin. », 2 vol., 1887.

v. Volkmann (di Halle), osserva che l'esperienza clinica è decisamente favorevole all'uso dello jodoformio.

Senger (di Magdeburgo) riferisce che alcune esperienze istituite sull'azione dello jodoformio contro lo stafilococco aureo appoggerebbero le idee degli Autori danesi, ma egli riconosce che tale microrganismo ha caratteri non sufficientemente definiti e proprietà variabili, onde non riesce un buon soggetto di esperienze; mentre opportunissimo è il bacillo dell'antrace. Orbene questo, sotto l'azione dello jodoformio, rallenta la sua moltiplicazione, perde la facoltà di essere trapiantato sulla gelatina, presenta la distinzione di una membrana jalina del protoplasma. Una miscela di bacilli dell'antrace, gelatina ed jodoformio diviene tanto meno nociva ai sorci, ai quali venga inoculata, quanto meno essa è recente, ed è affatto innocua dopo sei giorni. Se si inocula ad un animale dello jodoformio e subito dopo nello stesso punto si introducono germi dell'antrace, questi spiegano la loro azione letale, ma non più se la loro introduzione viene alquanto ritardata in modo da dar tempo allo jodoformio di decomporsi.

XI. P. Bruns. — **Ueber die antituberkölose Wirkung des Jodoform.** (*Dell'azione antitubercolare dello jodoformio*).

L'Autore trattò gli ascessi freddi colla puntura e successiva injezione di jodoformio misto all'alcool e alla glicerina nella proporzione di 10 del primo, per 50 di ciascuno dei secondi. Di 54 ascessi così curati, 40 guarirono e fra questi parecchi assai voluminosi e dipendenti da spondilite. In alcuni ammalati dopo l'uso dell'jodoformio fu di nuovo aperta la cavità dell'ascesso e ne fu estirpata la membrana piogenica, nella quale Neuwerk, all'esame istologico, microscopicò rilevò sempre la mancanza dei bacilli tubercolari e la necrosi o la degenerazione grassa dei tubercoli, onde l'Autore ritiene che sia chiaramente dimostrata l'azione specifica antitubercolare dell'jodoformio.

XII. Genzmar (Halle). — **Ignipunktur**. (*L'ignipuntura*).

L'Autore trattò molte volte le ghiandole linfatiche ipertrofiche coll'ignipuntura. Per quelle più piccole si limitò ad una sola introduzione di un sottile cauterio di platino rovente, previa incisione della cute; per quelle più voluminose impiegò istrumenti più grossi e ne replicò l'applicazione parecchie volte. In poche settimane conseguì risultati favorevolissimi. Applicò simile cura anche in cinque casi di tubercolosi dei testicoli, in due con pieno successo e negli altri due con qualche miglioramento. Ne ebbe pure qualche vantaggio in casi di gozzo e di ipertrofia della prostata.

v. Volkmann dubita che i risultati conseguiti possano essere duraturi.

XIII. HELFERICH (Greifswald). — **Ueber künstliche Vermehrung der Knochen-neubildungen.** (*Dell'incremento artificiale della neoformazione ossea*).

Nei casi nei quali si richiede di stimolare l'attività della riproduzione del tessuto osseo, come quando avvi insufficiente o mancante consolidazione di una frattura o necrosi di una porzione di osso senza che il vuoto sia sufficientemente riempito o frattura spontanea per questa od altra cagione, è utile provocare nel punto leso un maggior afflusso di sangue. Ciò si ottiene fasciando l'arto dal punto ammalato all'insù, cioè verso il centro circolatorio con un tubo di gomma elastica, dando a questo una tensione capace di determinare un certo grado di stasi venosa, ma non tale da produrre molestie o danni all'ammalato. Se poi si aggiunge una fasciatura espulsiva alla parte inferiore o periferica dell'arto, si può limitare la stasi sanguigna alla sede della lesione. Si possono poi aggiungere, secondo i casi, stecche od apparecchi gessati. L'Autore segue da sei anni questo metodo con vantaggio. È però da accertare che con esso si aumenta l'attività della riproduzione ossea, quando essa è già in corso, ma non si giunge a risvegliarla se è mancante. L'Autore ha combattuto con questo mezzo anche gli accorciamenti degli arti nei ragazzi dipendenti da pregresse fratture e paralisi infantili. Qualche cosa di simile, cioè lacci circolari sopra o sotto il punto offeso ed al medesimo scopo, fu già messo in pratica da Dumreicher, Nicoladoni e Thomas.

XIV. LASSAR O. (Berlino). — **Ueber Narbenverbesserung.** (*Del modo di ottenere regolari cicatrici*).

Se si abbandona a sè stessa la cicatrizzazione di una superficie piana cruente le granulazioni centrali, che poi si trasformano in tessuto connettivo, prendono facilmente il sopravvento sul tessuto epiteliale, che va riproducendosi dai margini con iscapito per la regolarità della cicatrice. A prevenire questo inconveniente giova specialmente nel lupus, nell'acne rosacea ipertrofica, nelle scottature, nei cancroidi ed in genere quando esistono granulazioni esuberanti la raschiatura della piaga e il ravvivamento dei margini una o due volte la settimana coi cucchiajni taglienti di Volkmann.

Questi osserva che nell'acne rosacea del naso dopo la raschiatura il tessuto epiteliale si riproduce non solo dai margini della piaga, ma anche dagli avanzi rimasti in posto delle ghiandole cutanee.

XV. WAGNER (Königshütte). — **Ueber Transplantation frischer gestielter Lappen vom Thorax auf Weichetheildefekte des Ober und Unterarms.** (*Del trapiantamento di lembi cutanei peduncolati dal torace al braccio per rimediare a difetti delle parti molli*).

Per le operazioni di plastica, Maas ha stabilito le seguenti norme:

I. Si deve immobilizzare e tenere ravvicinate le parti da cui si toglie e su cui si eseguisce l'innesto mediante fasciatura gessata;

II. Il lembo da trapiantare deve essere ricco di vasi e le incisioni devono per quanto è possibile decorrere parallelamente agli stessi ;

III. La superficie su cui deve innestarsi il lembo deve essere di recente ravvivata coll'esportazione degli strati superficiali di granulazioni, nelle quali i vasi decorrono perpendicolarmente alla superficie del corpo, ed invece devono essere allo scoperto gli strati profondi, nei quali i vasi decorrono paralleli alla superficie medesima (1);

IV. Il lembo deve essere esattamente unito ai margini della soluzione di continuità che esso deve riempire;

V. La superficie libera del lembo deve essere protetta dall'essiccamento col mezzo di un grosso strato di unguento;

VI. Il peduncolo di regola sarà reciso dal 10.° al 14.° giorno, talora anche prima.

Seguendo questi precetti, l'Autore eseguì con buon successo varj trapiantamenti di lembi cutanei dal torace al braccio ed all'antibraccio, da una coscia all'altra e dal dorso all'ascella. Egli crede che la chirurgia conservativa farà in avvenire sempre più largo uso di questo metodo.

XVI. J. ISRAEL (Berlino). — **Eine neue Methode der Rhinoplastik bei Sattelnasen.** (*Nuovo metodo di rinoplastica*).

Il metodo di rinoplastica di König, che ricostituisce il naso mediante due lembi cutanei tolti dalla fronte, ha l'inconveniente di formare alla radice del naso in luogo della normale depressione una prominenza poco estetica. L'Autore perciò pensò di trovar modo di evitare tale inconveniente. Egli stacca dalla fronte un piccolo lembo quadrato di cute col periostio di 7 millimetri di lato e lo stende in basso, volgendo la superficie del periostio all'innanzi e congiungendola mediante suture alle parti molli circostanti. Riunisce pure con qualche punto i margini della ferita alla fronte. La superficie periostea del lembo cutaneo non viene ricoperto da altra cute, ma bensì abbandonata alla spontanea cicatrizzazione. Mediante i residui dell'antico naso vengono poi ricostrutte le parti laterali, le pinne, il lobulo ed il setto.

In due casi di naso schiacciato in conseguenza di sifilide congenita, l'Autore col suo metodo ottenne ottimo successo. Tuttavia Volkmann osserva che questo non sarà pieno, se non quando fra qualche anno si possano rivedere gli operati e constatare lo stato soddisfacente del loro naso.

XVII. GENZMER (Halle). — **Ueber die Deformitäten des Septum.** (*Delle deformità del setto nasale*).

Le lesioni violenti del naso producono sovente deviazioni e piegature del setto nasale con impedimento al respiro ed allo scolo delle

(1) Thiersch. « Arch. f. klin. Chir. », XVII, 323.

secrezioni e con molteplici disturbi nervosi. Queste conseguenze tuttavia non si manifestano per lo più subito dopo il trauma, ma bensì quando è già trascorso qualche tempo. La cura consiste nell'esportazione delle sporgenze con un coltello arcato e munito di bottone.

Volkmann e Trendelenburg però credono che le deviazioni e piegature del setto per fratture consecutive a traumi non sieno tanto frequenti e che invece le irregolarità nella direzione del setto nasale sieno da collegarsi coll'assimetria che tanto sovente si osserva fra i due lati della faccia, specialmente nelle mascelle.

XVIII. J. Israel. — **Eine neue Methode der Wangenplastik.** (*Un nuovo metodo di plastica delle guancie*).

In un vecchio settantenne operato di un cancroide ad una guancia con esportazione della corrispondente commessura della bocca, l'Autore riparò nel seguente modo la larga breccia rimasta.

Egli disseccò un lungo lembo di cute della parte laterale del collo e della regione sopraclavicolare, lasciandola aderire mediante un peduncolo alla regione sottomascellare presso l'angolo della mandibola. Rivoltò il lembo e ne applicò una porzione contro la breccia lasciata dall'atto operativo, in modo che la superficie epidermica era rivolta verso la cavità della bocca e la superficie cruenta restava all'esterno; assicurò l'adesione mediante alcuni punti di sutura.

Dopo 17 giorni, essendosi accertato che l'innesto aveva attecchito, recise il peduncolo ed applicò mediante sutura la porzione di lembo, che ancora sopravanzava, contro la superficie cruenta della prima porzione, tenendo la superficie epidermica rivolta all'esterno, così la guancia neoformata venne ad essere rivestita di epidermide tanto all'interno, verso la cavità boccale, quanto all'esterno. L'epidermide della superficie orale assunse però presto l'aspetto di mucosa. Colla congiunzione dei margini delle due porzioni sovrapposte del lembo disseccato fu ricostruito l'angolo della bocca. Un simile metodo fu già in quattro casi adottato da Hahn.

XIX. Wolff (Berlino). — **Ueber Uranoplastik und Staphylorrhaphie im frühen Kindesalter.** (*Dell'uranoplastica e della stafilorapia nella prima infanzia*).

Le operazioni tentate da Billroth, Weber, Simon, Rouge e Trélat contro le fauci lupine in fanciulletti di età inferiore ai quattro anni ebbero per lo più esito poco favorevole. L'Autore invece, col suo metodo di comprimere metodicamente la ferita in modo da evitare quasi ogni perdita di sangue e di pulire accuratamente la bocca, facendo pendere all'innanzi il capo del paziente, ottenne un buon successo, per lo più con una sola seduta, in 24 operati, dei quali 14 in età inferiore a cinque anni ed uno di soli 15 mesi.

Pare che l'operazione eseguita per tempo assicuri una più perfetta pronuncia della parola.

XX. Wölfler (Graz). — **Ueber den Effekt nach Unterbindung der Arteriae thyreoideae beim Kropfe.** (*Degli effetti della legatura delle arterie tiroidee nel gozzo*).

L'Autore si è accertato che nei cani la legatura delle arterie tiroidee determina la necrobiosi del corpo tiroide. Lo stesso effetto egli potè verificare in due ammalati operati l'uno nell'ottobre del 1885, l'altro nel dicembre del 1886. Nel primo, avendo eseguita la legatur delle due arterie tiroidee destre, potè in capo a due anni accertare l'atrofia non solo della metà sinistra del corpo tiroide, ma anche dell'istmo e della metà destra. Nella seconda (poichè trattavasi di una donna), l'Autore eseguì l'allacciatura pure delle due arterie tiroidee destre ed in tre mesi ottenne l'atrofia del lobo destro, ma poco dopo si sviluppò un carcinoma nel lobo sinistro che trasse a morte l'operata. All'autopsia ed all'esame del lobo destro del corpo tiroide si osservò che il tessuto ghiandolare era perfettamente atrofico nel centro, mentre la sua porzione periferica e la capsula avevano resistito per la somministrazione di un circolo collaterale dalle arterie esofagee, tracheali e cricotiroidee.

È da notarsi che sebbene una reale atrofia del corpo tiroide ipertrofico non possa avvenire se non lentamente, pure la legatura delle arterie tiroidee nei casi di gozzo arreca immediato sollievo al respiro, producendo una certa diminuzione di volume per avvizzimento dei tessuti.

L'Autore è persuaso che l'allacciatura delle arterie tiroidee abbia a sostituire le estirpazioni totali o parziali del corpo tiroide, quando sia ingrossato non per neoplasma maligno.

XXI. Hahn E. (Berlino). — **Ein Verfahren beliebig grosse Stücke aus Kröpfen ohne Tamponade und Blutverlust zu entfernen.** (*Un comodo metodo di levare dal gozzo grossi pezzi di tessuto senza otturamento e senza emorragia.*

Per evitare i pericoli e gli inconvenienti connessi colla estirpazione completa del gozzo quale, fra gli altri, quello della cachessia strumipriva, furono immaginati varj mezzi di demolirlo gradatamente o parzialmente; così Mikulicz propose di eseguire resezioni parziali con legature in massa, Wölfler l'allacciatura delle arterie, Wolf il raschiamento o l'otturamento, Socin lo svuotamento intracapsulare. L'Autore in un caso seguì un metodo misto, cioè allacciò le arterie tiroidee superiori e la profonda, applicò pinzette emostatiche alle inferiori, incise la capsula dal lato sinistro e senza ulteriormente lederla con coltello, forbici e pinzette esportò grossi pezzi della ghiandola. Simultaneamente operò a destra. La perdita sanguigna fu minima. I vasi che dettero sangue nell'atto dell'incisione della capsula furono legati. Nell'applicazione delle pinzette emostatiche si fece attenzione se mai fossero insorti disturbi della parola, poichè essi sarebbero stati indizio

che nella compressione era compreso il nervo ricorrente, che avrebbe dovuto essere tosto liberato. Fu eseguita la medicatura per mezzo di garza con jodoformio. Dopo 24 ore furono levate le pinzette emostatiche; Dopo alcuni giorni fu eseguita la sutura secondaria, ed al decimo giorno la cicatrizzazione era quasi compita.

I vantaggi di questo metodo sono il risparmio del sangue ed il nessun pericolo di ledere il nervo ricorrente, poichè si opera nell'interno della capsula.

XXII. ALBRECHT (Amburgo). — **Ueber den anatomischen Grund der Skoliose**). *Il fondamento anatomico della scoliosi*).

La scoliosi della colonna vertebrale si manifesta anche nel capo, nè ciò deve sorprendere, quando si rifletta che il cranio risulta dalla fusione di varie vertebre.

Tra tutti i vertebrati la scoliosi si osserva soltanto negli uccelli e nei mammiferi. Ciò pare collegarsi colla disposizione dei vasi maggiori, che nei mammiferi e negli uccelli è simmetrica, essendo nei primi l'arco dell'aorta a destra, nei secondi a sinistra, mentre negli altri vertebrati si nota una disposizione simmetrica, essendo in essi una doppia aorta, mentre nell'imbrione dei mammiferi e degli uccelli una presto cade in atrofia.

Vi sono scoliosi normali e patologiche e queste non sono per lo più se non esagerazioni di quelle e la loro produzione è favorita dalla stazione e dall'incesso su due soli arti.

Quando l'asse vertebrale presenta varie incurvature la causa per solito risiede in un punto solo, e tranne una le altre sono curve di compensazione.

Negli uccelli esiste normalmente un principio di scoliosi verso sinistra della colonna vertebrale. Ciò dipenderebbe, secondo l'Autore, dalla particolare disposizione del sistema vascolare nel loro embrione, poichè in esso l'arteria polmonale od aorta ascendente destra reca sangue venoso proveniente dalle vene cave anteriori attraverso l'orecchietta e il ventricolo destro; il quale sangue venoso per mezzo del doppio arco aortico si versa nelle due aorte discendenti: ora nella aorta discendente destra scorre anche sangue arterioso proveniente dall'aorta ascendente sinistra e indirettamente dalla vena cava posteriore, ivi ha dunque luogo un miscuglio di sangue arterioso e venoso, che poi passa anche nell'arteria succlavia destra, mentre la succlavia sinistra non riceve se non puro sangue arterioso. In conseguenza di ciò l'ala sinistra riesce meglio nutrita e più vigorosa che non la destra e da ciò un principio di scoliosi sinistra.

Nei mammiferi invece si osserva un principio di scoliosi destra. Ciò succede perchè nel loro embrione il miscuglio del sangue arterioso e venoso succede nella aorta discendente sinistra, onde l'arto superiore od arterioso sinistro riceve sangue meno puro che non il destro, il

quale riesce più robusto e più attivo e tende quindi a determinare la scoliosi dal suo lato. Oltre le scoliosi principali, vi sono nei mammiferi e negli uccelli altre sei scoliosi anteriori o superiori a quelle e cinque posteriori od inferiori.

L'uso però dell'uomo di valersi dell'arto superiore destro più che del sinistro dipende più dall'esercizio fisiologico che non dalla condizione anatomica.

XXIII. Stelzner (Dresda). — **Mittheilung einer Operation Behufs Entfernung einer Nähnadel aus dem rechten Herzventrikel.** (*Estrazione di un ago da cucire dal ventricolo destro del cuore*).

Uno studente in istato di ubbriachezza si infisse un ago nel cuore a scopo di suicidio. Dopo dodici ore comparvero dolori nella regione cardiaca, dispnea e rumore pericarditico all'apice del cuore. Dopo 36 ore l'ammalato cadde nel collasso, onde apparve evidente la necessità di tentare l'estrazione dell'ago. Fu mestieri, dopo incisa la cute, resecare una parte della quinta costa, aprire la cavità pleurica ed il pericardio ed infine fu dato di sentire l'ago in direzione trasversale nel ventricolo destro, e mediante compressione esercitata colle dita si riuscì a fare sporgere la cruna dalla parete del cuore, ma stante l'agitazione del cuore non si potè nè afferrarla colla pinzetta, nè trattenerla in posto, onde presto sfuggì di nuovo nella cavità del cuore e si dovette rinunciare a ricercarla di nuovo. Frattanto accadde l'inconveniente che uno zaffo con iodoformio applicato per otturare l'apertura della pleura dai moti respiratori fu attirato nella cavità pleurica, nè più potè essere ritirato. La ferita fu interamente otturata con zaffo, e malgrado l'avvenuto inconveniente e sebbene insorgesse pneumotrace e pleurite essudativa l'ammalato guarì senza più presentare nè rumori pericarditici, nè perturbamento dell'azione del cuore, nè traccie del versamento pleuritico. Se la guarigione poi sarà duratura resterà a vedersi.

Hardt raccolse nella letteratura medica 22 casi di aghi infitti nel cuore e fra di essi solo in tre potè essere estratto l'ago senza ulteriori conseguenze e senza gravi atti operativi. Bergmann pure ne estrasse uno senza difficoltà, però procedette assai lentamente per non disturbare troppo il cuore e dar tempo di formarsi un coagulo nel foro di passaggio dell'ago, allo scopo di evitare una possibile emorragia intropericardica attraverso il miocardio.

XXIV. Kümmell (Amburgo). — **Ueber Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose.** (*Della laparotomia nella tubercolosi peritoneale.*)

Dopo le comunicazioni fatte da König nel 1884, l'intervento chirurgico nella tubercolosi peritoneale fu elevata a razionale metodo di cura, mentre prima esso non era avvenuto se non casualmente per

errore di diagnosi. Oggi si considera la tubercolosi peritoneale come malattia locale suscettibile di guarigione al pari della tubercolosi ossea o delle articolazioni.

Nel 1862 Spencer Wells credendo di aver a fare con un tumore ovarico evacuò una raccolta ascitica dipendente da tubercolosi. L'operata guarì e vive ancora in buone condizioni senza che il liquido siasi mai riprodotto.

König potè raccogliere una trentina di casi consimili, e solamente in due operati da Neumann si ebbe esito letale in conseguenza della operazione; in altri due si ebbe dopo breve tempo la morte per i progressi della tubercolosi, in altri due ancora questa continuava ad aggravarsi sebbene non fosse ancora sopraggiunto l'ultimo stadio, ed infine nei rimanenti 22 si ebbe un miglioramento notevole e duraturo, poichè datava all'epoca in cui l'Autore aveva assunte le informazioni da 10 e fino da 25 anni.

La maggior parte delle operazioni (28 su 30) furono eseguite su donne l'età delle quali variò dai 4 ai 56 anni, ma per il più grande numero fu circoscritto fra i 15 ed i 20.

Esmarch (Kiel), Mikulicz (Königsberg) e Wagner (Königshutte) confermano, per esperienze proprie, i buoni effetti dell'evacuazione dell'ascite mediante laparotomia nella tubercolosi peritoneale.

XXV. Wölfler (Graz). — **Zur Resectio pylori**.

In una donna operata dall'Autore di resezione del piloro e morta dopo cinque anni per riproduzione di neoplasma in altra parte si rilevò all'autopsia che la mucosa dello stomaco si continuava perfettamente con quella del duodeno, nel quale lo stomaco s'immetteva con un orificio imbutiforme.

Questa osservazione di una quasi perfetta *restitutio ad integrum* incoraggia grandemente a replicare l'operazione in simili circostanze.

XXVI. Rydgyer (Kulm). — **Demonstration eines vor 2 1/2 Jahren wegen Carcinoma pylori resecirten Magens, nebst einigen Bemerkungen in Betreff der Indikation zur Laparotomie bei perforirtem Ulcus ventriculi.** (*Osservazioni su di un caso di resezione del piloro per carcinoma e sulle indicazioni della laparotomia nell'ulcera perforante dello stomaco*).

Una donna operata di resezione del piloro per carcinoma sopravvisse due anni e mezzo in buona condizione, tranne negli ultimi mesi, nei quali si riprodusse il neoplasma.

Un'altra donna pure operata dall'Autore di resezione di porzione dello stomaco per ulcera rotonda vive da sei anni in istato di salute soddisfacente. E lo stesso può dirsi di una terza donna similmente operata da tre anni per ulcera rotonda.

XXX. Madelung (Rostock). — **Zur Frage des operativen Eingreifens bei inneren Darmeinklemmungen, Peritonitis und Darmperforation.** (*Dell' intervento chirurgico nell'occlusione intestinale, nella peritonite e nella perforazione dell'intestino*).

L'Autore crede che la laparatomia non sia da intraprendersi nei casi di occlusione intestinale se non quando si abbia qualche indizio intorno alla sua sede e si abbiano tutte le condizioni materiali richieste per il buon esito dell'operazione.

Un grave pericolo si ha nel vomito stercoraceo che frequentemente segue durante la narcosi, perchè facilmente le materie fecali possono allora passare nella via aerea. A ciò si procurerà di ovviare vuotando lo stomaco colla pompa esofagea. Per agevolare la ricerca dal punto ove risiede lo stringimento sarà bene vuotare in parte l'intestino praticandovi una piccola incisione che poi si riunisce. Sovente poi sarà necessaria la resezione di un'ansa intestinale.

La peritonite, per la quale sola più volte fu fatta con buon successo la laparotomia, non la controindica, quando accompagna la occlusione intestinale, ma si deve esser preparati ad incontrare essudati saccati.

L' indicazione non viene modificata se la peritonite fu prodotta da perforazione intestinale.

XXXI. Rydygier (Kulm). — **Beiträge zur operativen Behandlung innerer Darmeinklemmungen.** (*Contributo alla cura chirurgica dell'occlusione intestinale*).

L'Autore eseguì la laparotomia nei seguenti sette casi di occlusione intestinale:

1.° Una donna d'anni 43 in sesto mese di gravidanza e con un tumore renale destro ebbe dolori intensi all'ipocondrio destro e sintomi di occlusione intestinale. Fu eseguita la laparotomia. Lo stringimento era prodotto da una briglia fibrosa, che fu recisa fra due lacci. La guarigione avvenne senza febbre nello spazio di quattordici giorni e senza interruzione della gravidanza.

2.° Un uomo vigoroso d'anni 39 presentò un invaginamento ileocecale caratterizzato oltre che dall'occlusione intestinale, da un tumore cilindrico nella regione ombelicale. Insorse peritonite. Fu eseguita la laparotomia in quarta giornata. Fu difficile togliere l' invaginamento. Dopo poche ore avvenne la morte.

3.° Una fanciulla d'anni 17 probabilmente tubercolosa fu colta da valvolo della curva sigmoidea. Fu prontamente eseguita la laparotomia. Fu punto in due posti l' intestino a fine di acquistare maggior spazio per l' introduzione delle mani. La torsione fu tolta e fu ristabilito il corso delle feci, tuttavia in quinta giornata avvenne la morte per meningite verosimilmente tubercolare.

4.° Un uomo d'anni 50 dopo avere cavalcato per molte ore presentò

sintomi di occlusione intestinale. In quinta giornata si passò alla laparotomia. Per trovare la sede dell'ostacolo si dovette far passare quasi tutte le anse intestinali rimettendole in posto a mano a mano che venivano estratte. Si rilevò che un'ansa intestinale era fissata nella piccola pelvi e compressa. Si stabilì un ano preternaturale. Dopo poche ore avvenne la morte. All'autopsia si trovarono parecchie ulcerazioni nell'intestino retto. Esse dovettero essere il punto di partenza della infiammazione, che produsse il grosso essudato, il quale fissava e comprimeva l'ansa intestinale.

5.° Una fanciulla di 14 anni presentò i sintomi di tiflite con occlusione intestinale. Si dovette procedere alla laparotomia. L'intestino cieco aderiva alle pareti addominali. Si trovò una raccolta di pus, che emanava odore stercoraceo, tuttavia non fu possibile scoprire verunn perforazione, ma solo un otturamento dell'estremità dell'ileo per compressione con aderenza colle vicine anse intestinali, tolte le aderenze e la compressione, praticata la fognatura si ottenne la guarigione.

6.° In un bambino di pochi giorni si osservò l'occlusione intestinale probabilmente dipendente da peritonite decorsa durante la vita intrauterina. Fu fatta la laparotomia, si trovò che una grande parte dell'intestino tenue era strettamente aggomitelata ed una porzione di esso della lunghezza di circa 4 centimetri era tramutata in un cordone fibroso. Questo segmento coi tratti adiacenti per una lunghezza totale di circa 25 centimetri fu esportato. Poche ore dopo l'operazione avvenne la morte.

7.° In un uomo attempato che presentava stipsi, timpanismo e vomito stercoraceo si trovò colla laparotomia che esisteva un carcinoma nelle pieghe della curva sigmoidea. Esso aveva tante aderenze che ne era impossibile l'esportazione, perciò non si fece altro che istituire un ano preternaturale. Il giorno seguente avvenne la morte.

L'Autore riconosce che l'uso della tromba gastrica apporta sollievo agli ammalati, ma avverte che questo non deve indurre il chirurgo a lasciar passare il momento opportuno per la laparotomia. Avverte pure come talvolta esistano non uno solo, ma due o più ostacoli al passaggio delle feci lungo l'intestino, onde è buona norma di non desistere dalle ricerche, appena se ne è trovato uno, ma di prendere cognizione dello stato di tutto il tubo gastro-enterico.

È pure buona norma di non fare un'incisione troppo ampia nelle pareti addominali per evitare la protrusione di una troppo grande massa d'intestini e la difficoltà della riposizione, però quando è necessario si possano praticare nell'intestino piccole incisioni, avendo cura che il contenuto non cada nel cavo peritoneale.

Nei casi, nei quali l'intestino si presenta compresso da un tumore che non può essere esportato, sarà indicata l'enterostomia.

XXXII. Credé (Dresda). — **Ueber die chirurgische Behandlung schwerer chronischer Unterleibskoliken. — Operation zur Profilaxe des Ileus.** (*Della cura chirurgica delle coliche intestinali croniche, gravi per prevenire l'occlusione*).

L'Autore si è convinto che nei sette ottavi di casi di occlusione intestinale questa non si è formata in modo al tutto acuto, ma riconosce una causa che agiva da tempo lentamente producendo disturbi digestivi di varie sorta. In tali condizioni un intervento chirurgico sollecito può togliere molte sofferenze e prevenire i pericoli dell'occlusione completa.

L'Autore ritiene di aver raggiunto tale scopo nei tre seguenti casi:

Una donna d'anni 35 soffriva di coliche intestinali frequenti dopo che era stata attaccata da peritonite insorta in seguito all'applicazione fatta da una donnicciuola, di una grossa coppetta nella regione ombellicale nell'intento di togliere gli inconvenienti di una flessione uterina. L'Autore aprì l'addome, sciolse le aderenze ed ottenne la guarigione, che data già da un anno.

Una donna d'anni 50 avendo sopportato parecchi traumi nell'ipocondrio destro andava soggetto da un anno e mezzo a fieri dolori colici, e stitichezza che duravano sino a dieci giorni, ed inoltre presentava un indurimento sotto al fegato. Aperto l'addome si trovò infatti congiunta intimamente al fegato una massa livida, dura, tondeggiante cui le anse intestinali erano unite da molteplici aderenze. Queste furono tolte, le emorragie arrestate col termocauterio Paquelin e la donna da nove mesi non ha più le sue sofferenze.

Una donna d'anni 38, dopo che era spontaneamente guarita di un'ernia inguinale soffriva stipsi e dolori addominali. Dopo che mediante laparotomia furono tolte molteplici aderenze fra le anse intestinali, non ebbe più disturbi. La guarigione data da un anno.

XXXIII. v. Tischendorf (Lipsia). — **Enterostomie bei angeborener Atresie des Ileum.** — (*Enterostomia per atresia congenita dell'ileo*).

In un bambino di sei giorni che presentava atresia intestinale, senza che il punto dell'occlusione fosse accessibile col dito dall'ano, l'Autore fece la laparotomia. Trovò atresia dell'ileo a circa 25 centimetri prima della valvola ileo-cecale, cioè press'a poco al punto corrispondente all'origine del dotto embrionale omfalomeseraico; tutta la porzione inferiore dell'intestino era rappresentata da un cordone fibroso; la porzione superiore era dilatata dal meconio. Le condizioni generali del bambino non permettevano di pensare alla resezione della porzione inferiore del tubo enterico ed alla istituzione di un vero ano, onde si praticò l'entero-stomia unendo alle pareti addominali i margini di un'apertura eseguita nella parte dilatata dell'intestino. L'operazione durò quasi due ore, ed il bambino fu assoggettato a narcosi:

tuttavia si riebbe prontamente; non ebbe febbre e sopravvisse ancora due settimane e infine morì piuttosto per la mancanza dell'allattamento naturale e gli inconvenienti di quello artificiale che non per le condizioni dell'operato digestivo.

XXXIV. Beely (Berlino). — **Neuerung an Bruchbändern.** (*Innovazione nei cinti erniari*).

L'Autore ha pensato di impedire che il cinto erniario scivoli troppo in basso aggiungendovi nella sua porzione posteriore due piccole molle che vengono a corrispondere ai lati della colonna vertebrale.

Wittelschöfer (Vienna) inserendo sulla molla del cinto che gira attorno all'addome un'altra molla che reca il cuscinetto compressore ha aumentato la stabilità di quest'ultimo e lo ha reso di più facile adattamento, ciò che è importante assai nei bambini, nei quali il rapido sviluppo costringe a mutare sovente i comuni cinti (1).

XXXV. Lange (Nuova York). — **Zur chirurgischen Behandlung der Hämorrhoiden.** (*Della cura chirurgica delle emorroidi*).

In America è universalmente accettato l'uso delle injezioni di acido fenico nella cura delle emorroidi. Per eseguirle non è necessario l'assoluta anestesia, bastando attutire la sensibilità colla cocaina.

Per il buon esito è mestieri attenersi alle seguenti norme:

Attendere la cessazione di ogni indizio inflammatorio, spalmare i nodi emorroidari con unguenti di iodoformio, adoperare un ago molto fino, sciogliere l'acido fenico nella glicerina in proporzioni variabili secondo i casi da 1 su 10, fino a parti eguali, della soluzione iniettarne da 2 a 6 goccie proporzionatamente alla grossezza dei nodi, lasciar l'ago qualche istante nel nodo, finchè il sangue siasi coagulato, si possono fare le iniezioni anche in cinque o sei nodi in una sola seduta; quando è necessario le iniezioni si possono replicare con qualche settimana d'intervallo, è bene consigliare dopo l'operazione il riposo per qualche giorno, l'uso di alimenti liquidi, di qualche preparato d'oppio e di applicazioni fredde. Per alcune ore havvi dolore di intensità variabile a seconda della sensibilità individuale. I nodi emorroidari in breve s'impiccoliscono e si raggrinzano.

Le affezioni emorroidarie sono molto frequenti a Nuova York e ciò dipende, secondo l'Autore, dal vitto sostanzioso, di cui si fa uso, dalla vita poco attiva nelle donne, dalle soverchie occupazioni e preoccupazioni negli uomini, che perciò non soddisfano regolarmente al bisogno di evacuare l'alvo e finalmente dall'abuso dei purganti.

Quando avvi notevole ipertrofia della mucosa con prolasso dei nodi emorroidari è necessario procedere alla loro escisione previa narcosi,

---

(1) V. i cinti a regolatore sistema Baldinelli. R. P.

osservando tutte le cautele antisettiche, disseccando la mucosa, su cui sono inseriti i nodi, dal tessuto circostante e riunendo poi con punti profondi la mucosa colla cute ed infine compiendo la recisione e la esportazione.

XXXVI. LANGE. — **Die Behandlung der Mastdarmfisteln mittels Excision und Naht.** (*La cura delle fistole intestinali mediante escisione e sutura*).

La guarigione delle fistole anali è più rapida e sicura, sostituendo la completa esportazione del tessuto calloso circostante alla fistola alla comune spaccatura. Per eseguire tale spaccatura bisogna introdurre una sonda nel tragitto fistoloso, oppure due, l'una dall'orificio esterno, l'altra dall'interno, finchè vengano a contatto e sulla guida di esse si incidono tutte le parti molli, compresa la mucosa. L'orificio esterno della fistola deve essere esportato in totalità senza inciderlo. Dopo assicurata l'emostasi, si pratica una sutura a strati mediante minugie all'iodoformio, avendo cura di non stringere troppo i punti, e di assicurare l'esatto combaciamento dei segmenti dello sfintere. Di 13 operati in questo modo 4 guarirono per prima intensione, in 3 si ebbe scarsa suppurazione dall'estremità anale della ferita, e in uno di questi dopo sei mesi la recidiva, in uno si ebbe guarigione relativamente pronta sebbene non siasi eseguita la sutura, in due si eseguì la sutura solo parzialmente, e di essi uno guarì, l'altro fu colpito da periproctite e restò con una fistola interna, ed infine in 3 casi si ebbe suppurazione, ma susseguita da guarigione.

All'Autore riuscì pienamente anche l'estirpazione di una lunga ragade tubercolare con guarigione per prima intensione.

XXXVII. KÜSTER (Berlino). — **Zur Chirurgie der Gallenblase.** (*Della chirurgia della cistifellea*).

In due casi di calcoli della cistifellea l'Autore li estrasse mediante incisione, quindi eseguì la sutura e l'affondamento. In uno l'esito fu letale per peritonite, che già era in corso in seguito ad esulcerazione delle pareti della vescicola biliare ed a passaggio di bile nel cavo peritoneale. Nell'altro si ottenne la guarigione.

XXXVIII. TILLMANNS H. (Lipsia). — **Ueber Extirpation und Incision der Gallenblase wegen Gallensteinen.** (*Della estirpazione ed incisione della cistifellea per calcoli biliari*).

In una donna d'anni 64 sofferente di dolori alla cistifellea l'Autore incise l'addome sulla linea alba sopra all'ombellico, passò un filo di seta nel fegato e con esso e con pinzette rivolse in alto questo viscere, applicò una doppia legatura al dotto cistico, staccò colle dita la cistifellea del fegato e la esportò. In dodici giorni si ebbe la guarigione, che si mantiene da parecchi mesi.

In altra donna, d'anni 35, itterica, deperita mise allo scoperto la cistifellea mediante un'incisione a destra del muscolo retto destro, trovò che essa e il suo condotto erano occupati da calcoli e la stirò e la fissò fra le labbra dell'apertura addominale. Dopo quattro giorni la incise ed astrasse i calcoli, che erano in numero nientemeno che di 302, ma nel nono giorno dalla prima operazione l'ammalata morì per colemia ed esaurimento. All'autopsia si trovò un cancro del fegato che comprimeva il condotto epatico.

In genere l'Autore ritiene preferibile l'esportazione della cistifellea alla sua apertura e ricucitura, ma quando la prima operazione si presenta ardua per aderenze od altri ostacoli sarà da adottarsi la seconda.

XXXIX. v. TISCHENDORF (Lipsia). — **Extirpation der steinkranken Gallenblase mit gleichzeitiger Annähung der Wandernier.** (*Estirpazione della cistifellea per calcoli biliari e ferma di un rene mobile*).

Una donna d'anni 32 presentava da sei mesi un tumore mobile nella parte superiore dell'addome con dolori e sofferenze nervose. Il tumore appariva essere un rene mobile, ma di volume doppio del normale e con aderente appendice di una grossa nodosità, quando si tentava di riporlo sotto l'arcata costale sorgevano vive molestie. La perdita delle forze ed il dimagramento considerevole fecero nascere il sospetto che sul rene si fosse sviluppato un neoplasma maligno e si decise di passare alla laparotomia.

Aperto l'addome si trovò che la cistifellea era distesa e ripiena di calcoli, uno dei quali era anche nel dotto cistico ed aveva il volume di una nocciuola. La cistifellea aveva stretta aderenza col rene mobile; essa fu isolata ed estirpata, misurava 11 cent. in lunghezza e 12 in circonferenza, conteneva 49 calcoli, alcuni dei quali voluminosi come ciliegie. Le sue pareti erano della grossezza di 4 millimetri. Il rene fu respinto e fissato mediante sutura sotto la 12.ª costa. La guarigione avvenne senza febbre e perdura da 4 mesi.

Langenbuch recentemente in un'operata di estirpazione di rene mobile dovette procedere anche all'estirpazione della cistifellea, nella quale erano 82 calcoli di varie grandezze. Ne seguirono complicazioni, gonfiezza, itterizia, spostamento dei punti di sutura e versamento della bile nel cavo addominale.

XL. TILLMANNS H. — **Eine Niere mit einem grossen Nierenstein und zahlreichen kleinen Steinen.** (*Un caso di calcolosi renale*).

Una donna d'anni 35, in causa di pio-nefrosi destra, presentava una raccolta purulenta saccata che occupava la regione lombare destra. Non essendo possibile estirpare il sacco che aveva strette aderenze colla colonna vertebrale, col fegato e coll'intestino, si fece solo l'in-

cisione, dopo 12 giorni l'operata morì di uremia. All'autopsia si rilevò nefrite parenchimatosa del rene sinistro e si trovò un grosso calcolo nella pelvi renale destra interamente avvolto di tessuto connettivo, altri calcoli minori erano nel rene.

XLI. Lange. — **Zur Nephrolithotomie.** (*Della nefrolitotomia*).

Siccome la diagnosi di calcolosi renale rimane molte volte a lungo incerta, finchè non vengono eliminati piccoli calcoli e le orine non si mostrano sanguinolenti, così l'Autore crede che possa essere utile, più sovente di quanto comunemente oggi si crede, fare un'incisione esploratoria della pelvi renale, colla quale si potranno scoprire anche i calcoli nascosti nella pelvi o nei calici renali. L'autore ha già descritto il metodo operativo in altro lavoro (1).

Egli consiglia di penetrare nel bacinetto renale dalla superficie posteriore, dove non ci sono vasi, spostando leggermente il rene, ciò che si può praticare senza inconvenienti. L'estrazione dei calcoli per solito riesce facile, tranne quando sono molto fragili o muniti di prolungamenti, o nascosti nel fondo del bacinetto disteso da pio-nefrosi.

L'Autore eseguì l'operazione tre volte e di esse due con buon successo. I calcoli estratti erano fosfatici ed assai voluminosi.

Küster ha pure eseguito la nefrotomia per calcolosi in tre casi, due dei quali ebbero esito felice.

XLII. Madelung (Rostock). — **Demonstration eines Präparates von Atherom der Niere.** (*Un caso di ateroma renale*).

Un giovine d'anni 22 presentava una vasta cisti che si estendeva dal margine costale destro fino al bacino; questa fu svuotata e dopo sette mesi l'ammalato moriva. All'autopsia si trovò il rene destro solo nel suo terzo inferiore normale e per il rimanente trasformato in una cisti a contenuto calcare durissimo, del volume di una mela accompagnata da molte piccole cisti a contenuto acquoso. L'uretere era permeabile, le capsule soprarenali atrofiche, il rene sinistro ipertrofico per compensazione.

Prima d'ora il solo Paget aveva notato un caso di cisti dermoide renale.

XLIII. Israel I. (Berlino). — **Demonstration eines Falles von Frühexstirpation einer carcinösen Niere.** (*Un caso di esportazione di rene carcinomatoso eseguita nei primi studj del male*).

Un giovine di 21 anni, dopo uno sforzo eseguito per sollevare un sacco di farina fu preso da una colica nefritica con ematuria. All'esame, spingendo il dito indice sotto al margine costale nella linea di

(1) « Annals of Surgery, » ottobre 1885, p. 286.

congiunzione fra l'undicesima e la dodicesima costa si riuscì a sentire l'estremità inferiore del rene e a due centimetri più in alto una lieve prominenza del diametro presso a poco di una moneta da cinque centesimi. Dopo un mese essa si era notevolmente rialzata e allora si decise di mettere allo scoperto il rene ed essendosi accertato che trattavasi di carcinoma si esportò il rene per intero. Esso aveva dimensioni normali, ossia cent. 11 di lunghezza, 6 di larghezza, 3 di grossezza e 177 grammi di peso. Il neoplasma penetrava attraverso tutta la sostanza renale e sporgeva nella pelvi renale come una massa polipoide; al microscopio si confermò essere un carcinoma ricco di cellule.

XLIV. STETTER (Königsberg). — **Extirpation einer carcinösen Niere.** (*Estirpazione di un rene carcinomatoso*).

Una donna di anni 51, che presentava rene mobile sinistro con grande deperimento di forze, fu operata di estirpazione dello stesso con buon successo.

L'incisione dei tegumenti fu fatta sulla linea alba per poter accertare l'integrità del fegato. La durata dell'operazione fu di un'ora e mezzo; l'emorragia fu insignificante; il peduncolo fu allacciato in massa, la ferita guarì per prima intensione con due sole medicazioni, l'addome e la regione renale sinistra rimasero piani ed indolenti, si ebbe però febbre elevata e complicazione di pericardite e pleurite circoscritta, che furono superate, il polso fu sempre frequente (120) e l'orina fu in quantità variabile da 800 a 1000 grammi nelle 24 ore.

XLV. HELFERICH (Greifswald). — **Demonstration von Knochenpräparaten. Metastatische Sarkome der Clavicula und der Wirbelsäule von einer malignen Nierenstruma ausgehend.** (*Sarcoma metastatico della clavicola e della colonna vertebrale procedente da un tumore maligno renale*).

Un uomo d'anni 42, presentava un gigantesco tumore che invadeva la spalla sinistra e porzione del petto, e fu diagnosticato per un sarcoma della clavicola. Contemporaneamente presentava paresi del braccio destro ed una tumefazione in corrispondenza dei processi spinosi delle vertebre cervicali. L'ammalato morì nel marasma. All'autopsia si riscontrò un enorme cistosarcoma della clavicola sinistra, un sarcoma dei corpi delle vertebre cervicali con spontanea frattura delle stesse ed infine un tumore maligno di un rene, del quale gli altri non erano se non metastasi, metastasi che si osservò pure nel fegato.

Bergmann osservò pure un caso di tumore della tibia secondario a neoplasma renale. La presenza di noduli all'inguine distolse dall'amputazione che già si aveva intenzione di eseguire.

XLVI. Nitze (Berlino). — **Ueber Elektroendoskopie der männlichen Harnblase.** (*L'endoscopia elettrica della vescica maschile*).

Gli apparecchi per la cistoscopia sono finora poco usati perchè costosi e perchè il loro uso presenta difficoltà tecniche. L'Autore ha pensato di renderli di più facile applicazione coll'aggiunta di lampade Edison. Così si ottengono eccezionali condizioni di sicurezza e chiarezza tanto che la diagnosi dei calcoli vescicali non può esser meglio fatta in nessun altro modo e le operazioni della litotrizia e della litolaplassi ricevono un potente sussidio, perchè riesce possibile accertarsi che ogni frammento calcoloso fu eliminato e che non sian rimasti altri nuclei di altri futuri calcoli. I medesimi vantaggi si possono avere per la diagnosi dei tumori vescicali e già in tre casi l'Autore ha potuto valersene; potendo essere scoperti più facilmente essi potranno essere più felicemente operati e così si accrescerà il numero dei successi favorevoli della nefrotomia.

XLVII. Brenner (Vienna). — **Demonstration der von Herrn Leiter im Zusammenwirken mit Hern Prof. D.r von Dittel neu konstruirten elektro-endoskopischen Apparate.** (*Un nuovo apparato elettro-endoscopico*).

Sembra che Leiter abbia messa in pratica l'idea dell'applicazione delle lampade elettriche alla cistoscopia prima ancora di Nitze. L'istrumento da lui immaginato in collaborazione con Brenner e Dittel può illuminare per oltre un'ora la vescica, che contenga 175 grammi d'acqua, senza determinare in essa nè dolore, nè aumento di temperatura.

XLVIII. Kovacs 1. (Budapest). — **Daten zur Indikationstellung, Ausführung und Statistik der Blasensteinoperationen.** (*Note sulle indicazioni, esecuzione e statistica dei calcoli orinarj*).

L'età ed il calibro dell'uretra sono i due fattori che più potentemente influiscono sull'esito delle operazioni di litotomia e litotripsia.

Il taglio perineale nei fanciulli è quasi scevro di pericoli, perchè in essi poco sviluppata è la rete vascolare che s'incontra, mentre negli adulti v'ha facilità di emorragia e di flebite infettiva.

Nei fanciulli, per l'esiguità del canale uretrale, non è possibile l'uso di litotitori un po' robusti e l'estrazione di frammenti di calcolo un po' voluminosi. Generalmente dunque negli ammalati di età inferiore agli otto anni è da preferirsi la litotomia alla litotripsia ed anche in quelli di età superiore, fino ai 20 o 24 anni quando l'uretra sia poco sviluppata o presenti stringimenti acquisiti.

Fra i vari metodi di operare, l'Autore presceglie nei fanciulli il taglio ipogastrico. Quanto al taglio laterale ed a quello mediano hanno vantaggi che press'a poco si equivalgono, col primo si ottiene un'apertura più facilmente dilatabile ed atta a dar passaggio ai calcoli, col secondo si corre minor pericolo di ledere i vasi spermatici. L'Autore

ha immaginato un metodo misto, secondo il quale dapprima si eseguisce il taglio laterale nella cute e nei tessuti muscolari fino alla vescica, poi sulla guida di un itinerario appositamente introdotto si incide la vescica con taglio mediano. La medicatura della ferita si fa colla semplice apposizione di una spugna fenicata.

Quando havvi catarro vescicale, prima di passare all'operazione si procura di mitigarlo con iniezioni di acqua salata al 2 per %; queste fanno risentire la loro azione anche sui reni e talora giungono a fare scomparire l'albuminuria, quando esiste. Per la litotripsia talora occorre dilatare preventivamente l'uretra con sonde metalliche.

L'iniezione in vescica di un gramma di cocaina sciolto in 25 grammi di acqua distillata, produce in cinque minuti una sufficiente anestesia della vescica, la quale dopo tal tempo deve essere distesa, per poter procedere all'operazione, con una seconda iniezione di 75 grammi di acqua pura. Due volte però l'Autore ebbe a constatare sintomi di avvelenamento per cocaina.

Le operazioni della pietra eseguite da Kovacs ammontano a 248.

XLIX. Wölfler (Graz). — **Zur operativen Behandlung der Urinfisteln-Fistula urethrae und Fistula vesicae.** (*Della cura operativa delle fistole orinarie*).

Nella cura delle fistole orinarie l'Autore raccomanda la diretta uretrorafia e nelle fistole vescico-vaginali la diretta cistorafia.

Egli ottenne favorevoli successi nei seguenti casi:

1.° *Fistola orinosa traumatica.* — Resezione circolare di una porzione di uretra ristretta da cicatrice, sutura circolare dei due monconi dell'uretra mediante 30 punti, guarigione per prima intensione.

2.° *Distruzione di porzione dell'uretra per infiltrazione urinosa e gangrena.* — Si dovette eseguire due volte la sutura dei margini uretrali, che infine si congiunsero.

3.° *Stringimento blennoragico con estesa callosità.* — Questa fu estirpata e poi siccome non potevasi eseguire l'uretrorafia per la soverchia distanza dei segmenti uretrali furono eseguite, a brevi intervalli, ben quattro escisioni cuneiformi nel corpo del pene finchè si ottenne il ravvicinamento e il coalito delle due porzioni dell'uretra.

Estirpazioni di callosità uretrali e successiva uretrorafia furono già più volte eseguite da König, Riedel ed Heusner.

Con König, Czerny e Kaufmann l'Autore non approva che in questi casi si lasci in posto un catetere a permanenza e piuttosto preferisce l'istituzione di una temporanea fistola orinaria perineale.

4.° *Fistola vescico-utero-vaginale.* — Secondo il metodo consueto si sarebbe dovuta eseguire l'isteroclisi, invece furono accuratamente separati i margini della soluzione di continuità della vescica da quelli dell'apertura vaginale e furono riuniti mediante sutura a strati escludendo la mucosa. Furono applicati 16 punti e si ottenne la guarigione

per prima intenzione e non si ebbe più perdita di orina. L'operazione fu compita in tre quarti d'ora.

L'Autore dunque consiglia l'uretrorafia quando havvi soluzione di continuità longitudinale o trasversale nell'uretra e questa si mantenga permeabile; la resezione circolare e quindi la sutura, quando oltre la soluzione di continuità havvi impermeabilità dell'uretra; l'escisione cuneiforme di porzione dei corpi cavernosi del pene quando havvi lesione dell'uretra con notevole distanza delle porzioni che si devono riunire e la diretta cistorafia nei casi di fistola vescico-vaginale.

L. Hofmeier M. (Berlino). — **Ueber Operationen am schwangeren Uterus.** (*Degli atti operativi sull'utero gravido*).

L'Autore dà conto di quindici operazioni sull'utero gravido eseguite nella clinica femminile dell'Università di Berlino e precisamente 4 da lui stesso, ed undici, colla sua assistenza, da Schroeder. In sette casi trattavasi di carcinoma, in sei di fibromioma ed in due di strettezza del bacino, che rese necessario il taglio cesareo. Due sole operate morirono, l'una in seguito ad amputazione sopravaginale del collo dell'utero affetto da carcinoma, l'altra dopo il taglio cesareo, e l'esportazione totale dell'utero, secondo il metodo di Freund. In altri casi di amputazione cervicale sopravaginale dal terzo al sesto mese di gravidanza si ebbe l'aborto. L'Autore esportò con facilità e buon successo l'utero in secondo mese di gravidanza; la sua mobilità e mollezza agevolarono l'operazione.

Questa fu eseguita colla medesima facilità anche da Schroeder in una gravida febbricitante e affetta da infiltrazione carcinomatosa dal collo uterino, ma però si ebbe la morte per infezione. Sei furono i miomi operati. Due erano voluminosi, l'uno come un pugno, l'altro al doppio della testa di un bambino, e furono esportati staccandoli e lasciando in posto l'utero gravido. Per gli altri si richiese altresì l'esportazione del corpo dell'utero che in due casi era in secondo o terzo mese di gravidanza, e negli altri due era presso al termine. La facile accessibilità dell'utero e delle arterie uterine e la mollezza dei tessuti uterini, per cui non incontra ostacoli la sutura, furono circostanze favorevoli.

Nelle operazioni si fece uso della legatura elastica ed il peduncolo fu affondato. Il moncone uterino fu unito a strati con minugia. In sei casi i feti vennero alla luce vivi.

Thieme (Kottbus) esportò un utero gravido da dieci settimane, del peso di 1500 grammi, per carcinoma. Egli è convinto che nei casi come il suo, l'unico rimedio efficace sia l'esportazione totale, poichè la semplice amputazione sopravaginale è sempre seguita da recidiva.

LI. LESSER v. L. (Lipsia). — **Zur Behandlung fehlerhaft geheilter Brüche der karpalen Radius-epiphyse.** (*Trattamento delle fratture dell'epifisi inferiore del radio consolidate in modo difettoso*).

Un uomo aveva avuto il polso sinistro schiacciato fra le correggie ed il cilindro di una macchina. Sebbene curato a dovere la sua mano era rimasta inservibile, perchè erano impossibili i movimenti del corpo e delle dita, nonchè quelli di supinazione e pronazione dell'avambraccio. Nove mesi dopo l'origine del male, l'Autore procedette alla resezione dell'epifisi inferiore dell'ulna arrotondandone in forma di cono l'estremità inferiore della diafisi e con ciò ristabilì la mobilità del radio e dopo d'allora l'operato potè riprendere il suo mestiere di chiavaiuolo.

L'Autore ritiene che in molti casi giudicati per semplici fratture dell'epifisi inferiore del radio sia offesa anche l'ulna, ed a prevenire spiacevoli conseguenze consiglia che quando oltre i segni della frattura del radio si ha dolore provocato dalla compressione sull'epifisi dell'ulna si abbia a mettere e mantenere stabilmente l'avambraccio in supinazione.

LII. WITTELSHOFER R. (Vienna). — **Apparat zur Behandlung des angeborenen Klumpfusses.** (*Apparecchio per la cura dei piedi torti congeniti*).

L'apparecchio proposto dall'Autore per la cura dei piedi torti consiste di una doccia metallica concava rivestita di caoutchouh la quale si applica al lato esterno delle gambe, di una suola che mediante una vite può essere fissata alla doccia in qualsivoglia direzione ed inclinazione. Dopo che si è ridotto il piede in giusta posizione vi si adatta l'apparecchio e si mantiene in posto mediante listerelle di cerotto, la cui posizione può essere di quando in quando variata per evitare ogni irritazione della pelle.

L'apparecchio si raccomanda per semplicità, facilità di applicazione anche a ragazzi di diverso sviluppo, durata ed efficacia.

LIII. BEELY (Berlino). — **Vereinfachte Prothese für Fuss und Unterschenkel.** (*Protesi semplificata del piede e della gamba*).

L'Autore ha migliorato gli apparecchi di protesi del piede e della gamba sopprimendo l'articolazione corrispondente a quella tibiotarsale ed aggiungendo un'articolazione con molle alla metà del piede. Con ciò crede di aver reso più sicuro l'incesso.

LIV. Beely. — **Demonstration einer einfachen Vorrichtung durch welche die Rotationstellung der Füsse beeinflusst werden kann.** (*Semplice disposizione per mezzo della quale si può determinare la rotazione del piede all' interno ed all'esterno nel camminare*).

Nella cura dei pazienti che portano apparecchi ortopedici per correggere deviamenti dei piedi dalla posizione normale, può essere talora utile l'applicazione di una robusta striscia elastica la quale sia congiunta alla parte esterna degli apparecchi delle due gambe colle sue estremità a livello dei malleoli e sia di tale lunghezza che nello stato di riposo, quando i due malleoli interni non distano se non pochi centimetri, essa non eserciti veruna trazione ed invece la spieghi quando i piedi si discostano l'uno dall'altro nell'atto del camminare. Allora se la cinghia elastica è passata posteriormente alle gambe trae energicamente i piedi all'infuori e se è passata anteriormente li stira all' indentro.

LV. Beely. — **Klumpfussmaschine mit Abductionsbewegung im Fussgelenk.** (*Apparecchio per i piedi torti atto a permettere movimento di abduzione e di adduzione*).

I soliti apparecchi per i piedi torti permettono entro certi limiti i movimenti di flessione ed estensione quando sieno muniti di un'articolazione in corrispondenza del malleolo esterno. Ora se l'asse di tale articolazione invece di girare in un'apertura circolare, penetrerà in una fessura verticale, il piede potrà eseguire movimenti di abduzione e di adduzione più o meno liberamente a seconda dell'estensione della fessura stessa.

RIVISTA DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA (1)

1. Dettweiler e Penzoldt — *La terapia della tisi.*
2. Rühle — *L'eredità della tubercolosi.*
3. Lichtheim — *Dell'anemia perniciosa.*.
4. Rindfleisch — *Sull'anatomia patologica della tabe dorsale.*
5. Nothnagel — *Sulla localizzazione delle malattie cerebrali.*
6. Naunyn — *Sulla localizzazione dei disturbi afasici nella corteccia cerebrale.*
7. Adamkiewicz — *Sul trattamento delle nevralgie col mezzo della cataforesi.*
8. Fraenkel A. — *Sulle proprietà patogene del bacillo del tifo.*
9. Unverricht — *Sulla epilessia sperimentale.*
10. Rossbach — *Sulla importanza fisiologica dei leucociti e corpuscoli salivari.*
11. Lo stesso — *Sulla chiluria.*
12. Lo stesso — *Di una seggiola respiratoria per gli enfisematici e gli asmatici.*
13. Litten — *Sul rapporto che può intercedere fra affezioni gastriche e cambiamenti di posizione del rene destro.*
14. Vogel e Hagenbach — *Sulla patologia e terapia della tosse convulsiva.*
15. Finkler — *Osservazioni sopra il tifo.*
16. Fleischer — *Contribuzione alla patologia sperimentale dei reni.*
17. Kühne — *Sulla presenza della forma spirocetica del comma-bacillo di Koch nel tessuto dell'intestino cholerico, e sull'impiego della fluoresceina nei preparati microscopici.*
18. Frenkel — *La respirazione permanente di aria fresca.*
19. v. Mering — *Sul diabete mellito.*
20. Cahn — *Intorno agli acidi dello stomaco carcinomatoso.*
21. Franz — *Lavoro muscolare o riposo per i malati di cuore?*
22. Schultze — *Sulla diagnosi della meningite acuta.*
23. Müller — *Sull'assorbimento alimentare in condizioni patologiche.*

(1) Relazione delle adunanze del 6.° Congresso di Medicina interna tenuto a Wiesbaden dal 13 al 16 aprile 1887. — Appendice al « Centralblatt für klin. Medicin », 1887, N. 24. — Traduzione compendiata del dott. Roberto Cobianchi medico a S. Giovanni in Persiceto (Bologna).

I. DETTWEILER — **La terapia della tisi.**

Nella cura della tisi polmonare, noi ci atteniamo essenzialmente a tre metodi, che si possono riassumere nella terapia climatica dei luoghi meridionali, nella terapia dei luoghi elevati e nella terapia puramente clinica, che dopo avere rinunziato alla credenza nei mezzi specifici, si fonda su concetti strettamente fisio-patologici. Tutti questi metodi, almeno nei punti fondamentali, non differiscono fra loro in maniera essenziale, e tutti si accordano nel non riconoscere la possibilità di un trattamento specifico della tisi; fino ad oggi ogni tentativo eseguito in questa direzione è stato seguito dal più completo insuccesso.

Oggidì noi dobbiamo considerare i processi che si sviluppano dopo l'ingresso del bacillo nei polmoni come una lotta, e la nostra sfera di azione deve circoscriversi ad una terapia complessivamente aspettativa e sintomatica, la quale miri più che altro a venire in ajuto dell'organo minacciato e dell'organismo in genere. Quindi la necessità di mettere l'ammalato di polmone in condizioni differenti, per proteggerlo col clima più adatto, per migliorare la costituzione coi mezzi igienici e dietetici più opportuni, e portare con ciò più facilmente a guarigione l'affezione locale. Questo il cardine di qualunque terapia della tisi.

Discendendo ai particolari, il trasporto del malato dalla famiglia al luogo di cura deve essere fatto con ispeciali precauzioni. Il ben noto naturale dei tisici, il falso apprezzamento del proprio stato di salute, la mancanza di fermezza e di costanza nei propositi rendono difficile un retto tenore di vita. L'*educazione psichica* di questi ammalati è dunque altrettanto importante quanto il trattamento somatico. Il malato deve essere, benchè con qualche riguardo, informato della verità, e deve conoscere i rischi cui va incontro, non attenendosi alle prescrizioni del medico, in cui il malato stesso deve avere ogni più larga fiducia, per essere certi che il piano curativo sia eseguito con molto scrupolo.

Nella esecuzione di esso occorre in primo luogo avere mente all'aria di cui il malato fruisce, e che è con ragione considerata come il mezzo più importante. Non v'è bisogno di dire che l'aria deve essere fresca, e che devono evitarsi gli stati climaterici estremi. Il tempo, il luogo e il modo (in riposo o in movimento) del soggiorno all'aria devono essere determinati con ogni precisione dal medico, e continuamente sorvegliati nella loro esatta esecuzione.

Il metodo migliore è di portare all'aria libera i malati in istato di riposo. Per i malati più deboli saranno molto comode, anzi necessarie le terrazze coperte aperte da un lato, le verande, i balconi o i padiglioni, dove giaceranno su seggiole a sdrajo facilmente trasportabili o anche in amacche. Gli ammalati deboli e quelli eventualmente febbricitanti dovranno stare permanentemente all'aria fin che la febbre

sia scomparsa e le forze si siano rialzate. Poi, a poco a poco, intraprenderanno il moto, sempre all'aria libera. Ma anche gli ammalati più forti, devono stare sdrajati all'aria aperta tutto il tempo che non impiegano nelle passeggiate e nelle brevi sedute di riposo.

Con questo sistema del soggiorno prolungato all'aria aperta si ottiene l'*induramento* dell'organismo, vale a dire la capacità di esporsi ai disequilibri atmosferici senza risentirne alcun danno, capacità che costituisce il migliore indizio di una forte costituzione. Tutti sanno come ne' tisici il più lieve catarro delle vie aeree superiori, perfino una semplice corizza, conduca facilmente per diffusione di processo alle bronchiti capillari ed alle bronco-pneumoniti. E s'intende per conseguenza come preservare un tisico da un raffreddore equivalga a impedirne le ricadute. Da queste considerazioni emerge inoltre il precetto terapeutico di curare energicamente entro le 24 ore col metodo sudorifero qualunque raffreddamento di cui il tisico si risentisse con fenomeni generali.

Il *vitto* è un altro punto importante. La dieta deve essere mista e ricca di grassi e di idrati di carbonio. In quasi tutti i casi si farà una cura lattea, facendo bere incirca 1 litro di latte al giorno negl'intervalli fra i pasti maggiori. Eventualmente se ne potrà far prendere anche di più, e aggiungervi acqua di calce, cognac o kirschwasser, acqua carbonica, sale, caffè o thè freddi, acqua d'orzo. Lo scopo principale deve essere di migliorare la nutrizione ad ogni costo.

Si farà uso anche di *alcool*, ma si abbia in mente ch'esso deve sempre restare medicamento, e non diventare mai alimento di piacere. Esso deve essere prescritto specialmente ai febbricitanti ed agli anemici nella quantità fino a 3/4 o 1 flasco (?) di vino leggero bianco o rosso durante i pasti, e fino a 80 gr. di cognac puro da consumarsi negl'intervalli a piccole riprese.

Il peggiore nemico dei tisici è la *febbre*. I rimedj più attivi sono il soggiorno prolungato all'aria libera e fresca ed una nutrizione corroborante. Nelle esacerbazioni febbrili acute, massime se abbiano carattere infiammatorio, si deve tenere l'ammalato in letto, ed eventualmente mettere in opera qualche procedimento diaforetico; la camera però deve essere bene arieggiata e mantenuta fresca il più che sia possibile. L'uso della borsa di ghiaccio è spesso vantaggioso. Se trascorre una settimana e più, senza portare cambiamento, allora si porta l'ammalato permanentemente all'aria aperta pure lasciandolo in letto; contro questo procedimento non v'ha altra controindicazione che quella derivante dai sudori invadenti. Nella febbre cronica l'uso del termometro è da sconsigliarsi; non si potrà fare a meno di adoperare i nuovi antitermici, antipirina, tallina, antifebbrina. Questi rimedj agiscono molto bene contro la febbre etica; essi non portano alcun danno, e a dosi moderate nemmeno cagionano alcun spiacevole fenomeno concomitante. L'unico inconveniente è il sudore che può

determinare il collasso. Il sudore si combatterà con frizioni opportunamente fatte e colla somministrazione a giusto tempo di sorsi di cognac o di vino generoso, oppure coll'agaricina ad 1 milligr. Quest'ultima come pure l'atropina ad 1 milligr. egualmente, le spolverature coll'acido salicilico, e le frizioni collo spirito salicilico (2 %) saranno alla loro volta da consigliarsi contro ai profusi sudori notturni e mattutini. Se la febbre resista ancora, allora si darà mano ad inalazioni disinfettanti.

Penzoldt (Erlangen), 2.° relatore. — La tisi polmonare può guarire, e può guarire anche spontaneamente. Il problema di guarirla è difficile. Tanto difficile, come la profilassi di essa tisi. Questa profilassi può raggiungersi, teoreticamente, in due modi. O col rendere innocui i bacilli, o collo impedirne l'attecchimento. La prima cosa non è fattibile. Alla seconda provvedono l'igiene generale e privata, tentando di limitare gli agenti infettivi. Dapprima, dimostrando il pericolo che deriva dagli ammalati e dagli animali con tisi perlacea. Poi, insegnando a rafforzare e a corroborare gl'individui che hanno speciale disposizione a lasciarsi infettare. In modo speciale dal lato profilattico si deve elaborare il concetto della rimozione dei focolaj tubercolosi dalle altre parti del corpo. — Il trattamento proprio più attivo della tisi è quello igienico. In primo luogo, bisogna dare importanza all'*aria*. Sebbene noi ignoriamo quali siano le proprietà dell'aria atmosferica che facilitino la guarigione, è certo che il clima delle regioni immuni e il clima dei luoghi meridionali sono per dato di esperienza i più salutari. Ma anche il trattamento all'aria libera nel nostro clima porta gran vantaggio. In secondo luogo si raccomanda un cibo copioso, ricco specialmente di albuminoidi e di grassi, sussidiato dagli alcoolici, mentre la cosidetta ipernutrizione forzata spesso si palesa ineseguibile. Un discreto moto corporeo, una igiene accurata della pelle ed un trattamento psichico giudizioso costituiscono altri fattori importanti della terapia igienica. Questa sarà meglio eseguita in una Casa di salute ben diretta. Le Case di salute dovranno essere in regioni immuni o per lo meno a prova di esperienza straordinariamente sane. Le Case di salute hanno peraltro una grande importanza anche nel nostro clima. Ospedali speciali per i poveri tisici sarebbero una grande benedizione. — In quanto al trattamento farmaceutico, la morfina è indispensabile. Per diminuire la secrezione catarrale operano bene le inalazioni con trementina o con tannino, e come solventi quelle con cloruro di sodio. Nell'emoptoe il riposo, il ghiaccio e la morfina giovano più degli stittici. Da processi operativi sul polmone non v'è per ora nulla da aspettarsi.

Discussione. — Brehmer di Görbersdorf annuncia come cosa fuori di dubbio che, se esiste una immunità locale della tisi, questa si ritrovi sui monti. Secondo Ganster, la regione immune è limitata in basso dagli schisti micacei, dal gneiss e dal granito, in alto dagli schisti

argillosi, e là dove le roccie primitive ora menzionate si associano colla dolomite e colle altre formazioni calcari non v'è più immunità. Non solo dunque l'aria, ma anche la costituzione geologica di un paese ha influenza nell'immunità verso la tisi; nella cura di questa malattia si dovrà per conseguenza mettere molta attenzione a scegliere luoghi la cui immunità sia veramente dimostrata. — Contro la febbre, e specialmente contro il brivido, l'oratore ha trovato utilissimo il riposo in letto e la somministrazione di uno o due bicchieri di vino un'ora prima dell'invasione del freddo. — Secondo Rokitansky « i polmoni piccoli godono l'immunità verso la tubercolosi, e l'abito tisico è caratterizzato da polmoni voluminosi con cuore piccolo ». Si può chiedere se sia possibile di poter regolare nell'uomo lo sviluppo del tessuto polmonare in modo da poter avere polmoni piccoli e non polmoni voluminosi. Secondo l'esperienza degli allevatori di animali si ha che una copiosa alimentazione produce polmoni piccoli, torace con grande circonferenza e cuore molto valido. Possiamo valerci di questo risultato sperimentale per la nutrizione dell'uomo e per la profilassi della tisi, e dare la raccomandazione di usare nei bambini una nutrizione più che sia possibile abbondante.

Mess di Scheveningen ha osservato un notevole miglioramento dell'affezione polmonare in due tisici che aveva mandato a viaggiare nei tropici. Richiama l'attenzione dei colleghi tedeschi sopra le nuove colonie germaniche come verosimilmente luoghi assai adatti per il soggiorno di tali malati.

Thieme di Mentone riferisce sul nuovo metodo di Bergeron per la cura della tisi polmonare. Consiste, come è noto, nella introduzione di certi gas nel corpo, p. es., dell'acido solforoso che mescolato con acido carbonico viene introdotto nell'intestino retto. I gas relativi vengono eliminati attraverso i polmoni, e possono in questo modo esercitare una influenza diretta sui prodotti morbosi. Per ricerche proprie di Thieme queste insufflazioni gazose avrebbero influito favorevolmente sullo stato generale dei pazienti, ma non si sarebbe accertata nessuna azione sui bacilli. L'oratore raccomanda ulteriori esperimenti in proposito.

Haupt di Soden. Chi guardi la letteratura comparsa ultimamente intorno alla terapia della tisi si accorge tosto che essa può essere classificata in due gruppi. Un primo gruppo comprende i lavori che basandosi sugli esperimenti di Koch si sforzano di cercare i mezzi coi quali portare la morte al bacillo, oppure rendere sterile il terreno organico di sua vegetazione. Nessun metodo è stato trascurato e nessuna apertura del corpo umano ha potuto sfuggire ai tentativi di introdurre nell'organismo i rimedj antimicotici. Recentemente col raccomandare l'injezione di un miscuglio gasoso *per anum*, si è proprio voluto colpire il bacillo per di dietro. All'augurio dell'oratore precedente, egli contrappone il desiderio contrario che si risparmino ai

poveri tisici esperimenti così ciechi. Il secondo gruppo è dato dai lavori dei medici dei luoghi di cura elevati, e specialmente dei proprietarj e direttori delle Case di salute chiuse. Brehmer, fondatore di queste ultime, ha certamente dei meriti che nessuno può disconoscere. Ma nel suo libro egli pretende che la tisi polmonare si possa curare soltanto in Case di salute chiuse come quella di Görbersdorf. L'oratore si meraviglia che nelle relazioni fatte al Congresso non siano affatto menzionate le acque minerali nel trattamento della tisi. Eppure è riconosciuto da molto tempo che le sorgenti saline di Soden hanno la più favorevole influenza nel trattamento dei catarri di stomaco e di intestino, che così spesso accompagnano la tisi polmonare.

II. Rühle (Bonn). — **L'eredità della tubercolosi.**

Siccome il bacillo e le sue spore sono l'unica causa della tubercolosi, così in ogni singolo caso di tubercolosi umana deve essere entrato nell'organismo del materiale bacillifero. Il caso più semplice è quello del trasporto diretto, e gl'individui che soffrono di tubercolosi producono materiale bacillifero, specialmente colla espettorazione, ma anche colle secrezioni da fistole glandolari, ossee, articolari, da ulcerazioni cutanee lupose e forse anche da altri prodotti. Appena che qualcuno viene a contatto di questo materiale, egli è soggetto alla possibilità della infezione, e se realmente ammala, questo è stato il modo più verosimile.

Naturalmente per ammalare ci vuole anche la recettività, il terreno appropriato, ma anche nel terreno il più adattato non viene malattia, se non vi è portato materiale bacillico.

Come modo molto frequente ed incontrastato di ammalare di tubercolosi si è considerato fino ad oggi la eredità. Considerando per qual via in cosiffatta contingenza può entrare nell'organismo il materiale bacillico, noi vediamo che per la eredità paterna non vi può essere che il trasporto nell'ovo mediante lo sperma, seguìto da completa latenza per tutta la vita intra-uterina e per la vita extra-uterina anche per decenni; per la eredità materna poi, il materiale bacillico può trovarsi nel sangue della madre, e da questo venir ceduto al feto. Gli unici fatti, sui quali si fondano queste idee, sono: nel primo caso il reperto di bacilli in testicoli sani e capaci di funzionare di uomini tubercolosi, e nel secondo caso il reperto di un feto tubercoloso appartenente ad una vacca ammalata di tubercolosi (osservazione di Johne); per la grande frequenza e il notevole valore della categoria della tubercolosi ereditaria, sono codesti davvero fondamenti un po' difettosi.

Noi parliamo di eredità come di cosa sicura, quando il figlio di genitori tubercolosi ammala più tardi egli medesimo di tubercolosi. Appena che un tubercoloso ha risposto alla nostra domanda, come morirono i suoi genitori, che morirono indubbiamente di tubercolosi, ecco

che per noi è chiaro ed esplicito ch'egli soffre di tubercolosi ereditaria ed è ereditariamente viziato.

Ma riflettiamo noi mai se per avventura il figlio non avesse potuto essere infettato dai genitori malati, non all'atto del concepimento, ma dopo la nascita? Ricerche su famiglie tubercolose fatte in Francia, hanno dimostrato la verità e la im·ortanza di questo modo di trasmissione che si opera facilmente mediante il bacio, i fazzoletti e i bicchieri. Non si può dir nulla però di preciso sull'intervallo di tempo che può intercedere fra il trasporto del materiale infettante e l'apparire della malattia.

Queste ricerche etiologiche fatte su famiglie tubercolose dimostrano la inutilità della ipotesi dell'eredità per ispiegare l'ammalarsi per tubercolosi dei figli di genitori tubercolosi. Se gl'infermieri si ammalano poco in confronto dei membri di una stessa famiglia, si può forse spiegare col fatto che quelli non hanno rapporti così intimi coi loro malati (bacio, ecc.).

Ai medici pratici spetta dunque il compito di continuare queste ricerche.

Discussione. — Fraentzel di Berlino: L'immunità degl'infermieri è molto relativa; nel mio riparto della Charité sono diventati tubercolosi tre dei miei più vecchi infermieri, uno dei quali era un uomo forte e robustissimo.

Hueppe di Monaco: Dopo la scoperta del bacillo della tubercolosi, la disposizione ha perduto un po' della sua importanza nella etiologia della medesima. Dai lavori sperimentali e da osservazioni sulla contagiosità della tubercolosi eseguite nelle carceri, negli asili per i vecchi, ecc., è risultato come cosa positiva che l'aumento della possibilità di infettarsi sia una causa essenziale per l'aumento degli ammalati di tubercolosi. Questi risultati contrastano colle idee anteriori, secondo le quali il bacillo tubercolare e rispettivamente il contagio avrebbe un'importanza minima in confronto della predisposizione.

III. Lichtheim (di Berna). — **Dell'anemia perniciosa.**

Lichtheim riferisce dapprima in base alla propria esperienza sul rapporto che può esistere fra la presenza di botriocefali nel canale intestinale e l'anemia perniciosa. Sopra 11 osservazioni, in due sole furono trovati i parassiti dell'intestino.

Indi passa a riferire sul combinarsi dell'anemia perniciosa colla degenerazione dei cordoni posteriori del midollo spinale. Pensa che l'affezione spinale sia una conseguenza della malattia del sangue. Fa rilevare che i sintomi della tabe si svolgono secondariamente o tutt'al più in modo contemporaneo a quelli dell'anemia, che invadono prontamente anche le estremità superiori, e che tutto il quadro anatomico è più proprio di una degenerazione acuta. Infine tratta della cura dell'anemia perniciosa coll'injezione di una soluzione di cloruro so-

dico. Egli aveva già tentata questa cura, e poi l'aveva lasciata da parte, perchè gli era sembrato che i malati peggiorassero, e l'azione sulla neo-formazione dei globuli rossi gli era apparsa minima. Ma sotto l'influenza di una comunicazione di Lépine, egli ha ritentato la prova, e negli ultimi mesi ha trattato cinque casi con quel metodo. I risultati non hanno potuto modificare le sue vedute anteriori. Due casi morirono pochi giorni dopo l'injezione; due casi peggiorarono moltissimo nello stato generale senza che si riconoscesse nessun miglioramento nella condizione del sangue; solo in un caso che era il più leggiero, l'injezione non ebbe alcuna sfavorevole influenza sullo stato generale, e determinò anzi un indubitato miglioramento nella costituzione del sangue. Conclude pertanto l'Autore, che nell'anemia di alto grado e avente decorso rapido, la cura accennata sia controindicata, perchè minacci direttamente la vita del paziente colla idroemia acuta ch'essa provoca. Nei casi a decorso lento e di grado mite, si può tentarla, ma non giudicare del suo vero valore prima di altre osservazioni.

Discussione. — Jürgensen di Tubinga comunica un caso di anemia perniciosa guarito. Si trattava di un uomo che presentava al più alto grado i segni dell'anemia perniciosa. Non potendosi del tutto escludere la possibilità di una infezione da anchilostomiasi, gli fu amministrata una forte dose di estratto di felce. L'esame delle materie fecali fece riconoscere la presenza di anchilostomi. Il malato migliorò subito; dopo 3 o 4 mesi i globuli rossi erano ritornati in numero normale, e il contenuto emoglobinico del sangue si era pure ripristinato in condizioni fisiologiche. Contemporaneamente svanirono tutti i sintomi morbosi.

Litten di Berlino ha esaminato in 14 casi di anemia perniciosa o il sangue o le feci degli ammalati senza poter mai riscontrare traccia di parassiti. Secondo la sua esperienza v'è una intera serie di malattie diverse, le quali nei loro sintomi rassomigliano fino nei più minuti particolari al quadro dell'anemia perniciosa. In alcuni casi non si riesce a trovare un momento etiologico adequato, in altri si ritrova o un carcinoma o una malattia intestinale, in modo da dover concludere che i casi veri e genuini di anemia perniciosa si debbano tenere distinti da altri cosidetti frusti malgrado la perfetta simiglianza dei sintomi.

IV. Rindfleisch. — **Sull'anatomia patologica della tabe dorsale.** (S. Weinbaum, relatore).

Dalla dimostrazione di una serie numerosa di sezioni trasversali del midollo spinale in casi di tabe dorsale, Rindfleisch venne nella convinzione, che dalla pia madre ingrossata, riccamente vascolarizzata e fittamente fascicolata si prolungano dette alterazioni nei sepimenti di tessuto connettivo, che dalla pia madre stessa s'impiantano in ma-

niera raggiata nella sostanza midollare. Questi setti di tessuto connettivo, che normalmente corrono in linea retta, nei cordoni laterali del midollo tabico presentano una particolare curvatura verso l'indietro, la quale disposizione è specialmente manifesta in direzione delle colonne grigie posteriori. Mentre adunque si manifesta la possibilità, che le alterazioni sclerotiche sopra descritte della pia madre rappresentino forse il fatto primario nel processo tabico, emerge altresì che la strangolazione del midollo spinale che ne risulta sia la più adatta, per il modo con cui si produce, a spiegare la speciale *localizzazione* delle alterazioni tabiche. Di fatti i sepimenti radiati del midollo spinale sono disposti in guisa, che nei cordoni posteriori e laterali si dirigono verso un punto collocato all'indietro del canale centrale, mentre nella regione delle colonne grigie anteriori convergono verso un punto collocato incirca nel mezzo delle medesime. Ne risulta, che una costrizione del midollo spinale, quale può essere determinata dall'ingrossamento della pia madre, deve affliggere in molto maggior grado i cordoni posteriori ed in ogni caso i cordoni laterali sempre a preferenza dei cordoni anteriori, poichè la compressione nei cordoni posteriori si esegue parallelamente ai sepimenti, e nei cordoni anteriori invece quasi perpendicolarmente. Questa possibilità dimostrata da Rindfleisch anche mediante modelli di gomma elastica, è ritenuta dall'Autore come molto adatta a chiarire la questione perchè la tabe dorsale si localizzi a preferenza nei cordoni posteriori.

V. Nothnagel (di Vienna). — **Sulla localizzazione delle malattie cerebrali.**

Localizzazione del senso della vista. — Le alterazioni del senso della vista che fino ad oggi sono state osservate nell'uomo in casi di malattie corticali, sono le seguenti: 1.° emianopsia, o cecità nei campi visuali omonimi laterali, 2.° cecità completa, che è stata constatata soltanto in casi di focolai bilaterali, e che deve perciò essere considerata come una emianopsia bilaterale, 3.° alterazione del senso dei colori, qualche volta combinata con cecità psichica, ma talora anche isolata, 4.° cecità psichica; in questa v'è la semplice percezione ottica, si ha la impressione luminosa, il malato vede, ma non può convertire in idea l'impressione retinica, non può paragonarla con sensazioni antecedenti, manca completamente la memoria di imagini ottiche, 5.° sensazioni subiettive di luce e di immagini ottiche, le quali debbono venire riferite a processi irritativi di quelle parti della corteccia, il cui diverso modo di ammalare cagiona egualmente la emianopsia e la cecità psichica. I reperti cadaverici dimostrano che la comparsa di questi disturbi visivi corticali — naturalmente soltanto in quei casi in cui sono duraturi — è esclusivamente vincolata con malattie del lobo occipitale. Sulla base di questi reperti l'Autore di-

stingue ulteriormente la localizzazione della emianopsia dalla localizzazione della cecità psichica. Il campo della percezione ottica risiede nella sostanza corticale del cuneo e della prima circonvoluzione occipitale: la lesione unilaterale di queste parti determina emianopsia, la lesione bilaterale determina cecità completa. Il resto della corteccia del lobo occipitale contiene il campo della memoria delle percezioni ottiche, o memoria delle immagini visuali, e la lesione di questa parte produce la cecità psichica. Non si può ancora decidere se il campo della memoria visuale occupi solo una parte o tutto il rimanente della sostanza corticale occipitale. Ma se da un lato è leso il cuneo, la prima circonvoluzione occipitale e il resto della corteccia occipitale, e dall'altro lato semplicemente la corteccia occipitale con esclusione del cuneo e della prima circonvoluzione occipitale, si ha corrispondentemente alla prima lesione emianopsia, e corrispondentemente alla seconda lesione cecità psichica.

Alterazioni motorie corticali. — È fuori di dubbio che l'arto superiore, l'arto inferiore, il facciale e l'ipoglosso possono essere paralizzati da una lesione corticale; la questione odierna è di sapere se esiste una localizzazione corticale per le paralisi di altri nervi motori. Tutto porta a credere che le paralisi corticali motorie siano la conseguenza di lesioni delle circonvoluzioni centrali e del lobulo paracentrale. La porzione più basilare di queste circonvoluzioni contiene i centri per il nervo facciale e il nervo ipoglosso, la porzione mediana contiene i centri per l'arto superiore, e la porzione più alta o superiore contiene i centri per l'arto inferiore, mentre per lesioni del lobulo paracentrale possono venire paralizzate, come sembra, ambe le estremità superiore ed inferiore. Se anche il piede delle circonvoluzioni frontali e la parte o porzione frontale delle circonvoluzioni del vertice contengano centri motori corticali, non si può stabilire con sicurezza, ma è verosimile che non sia, perchè paralisi isolate e durature si osservano soltanto congiunte a lesioni della corteccia delle circonvoluzioni centrali, mentre mancano quando pure esiste una lesione circoscritta delle altre parti della corteccia.

Paralisi del senso muscolare. — I pazienti non sono paralitici, ma presentano i segni dell'atassia, il disturbo di coordinazione, senza che vi sia nessuna alterazione della sensibilità cutanea. Già da 8 anni l'Autore ha collocato nel lobo parietale il centro corticale della funzione del senso muscolare. Tutte le osservazioni concordano nel fare ammettere questa localizzazione, senza però che sia possibile neanche oggi di circoscriverla in confini precisi. Si comporta questo centro rispetto alle circonvoluzioni centrali, come si comporta il centro di Broca riguardo al centro motorio corticale dell'ipoglosso; come la lesione della circonvoluzione di Broca determina afasia senza paralisi dell'ipoglosso, così una lesione del lobo parietale determina pura atassia senza paralisi.

Paralisi sensorie corticali. — Fino ad ora si può dire che le lesioni della corteccia del lobo occipitale, del temporale e della maggior parte del frontale non hanno alcun rapporto coll'alterazione della sensibilità cutanea. Se esiste quest'alterazione, si verificano colpite le circonvoluzioni parietali e forse anche la porzione più posteriore delle circonvoluzioni frontali.

L'Autore sorvola sulla localizzazione dei disturbi vaso-motorii e sulle lesioni della parte anteriore del lobo frontale, non potendosi fino ad oggi dire nulla di positivo, e passa a dilucidare alcune questioni d'ordine generale.

1.° Le alterazioni così dette corticali dipendono veramente da lesioni della corteccia, o non piuttosto da lesione della sostanza midollare corrispondente? una serie di buone osservazioni ha dimostrato che anche con lesione esclusivamente limitata alla sostanza corticale si hanno disturbi di carattere permanente.

2.° Perchè si determini il disturbo funzionale è più opportuna la lesione dei gruppi cellulari, oppure quella delle fibre di associazione? sulla base di lesioni analoghe dei nuclei grigi del midollo allungato si viene alla risposta che la lesione essenziale sia quella delle cellule gangliari.

3.° Sostituzione funzionale nelle lesioni corticali. Il fatto della scomparsa di evidenti alterazioni sia di moto che di senso deve essere spiegato nel maggior numero dei casi colla cosiddetta azione a distanza, vale a dire che non si trattava che di paralisi indirette. Per un certo numero di casi poi può servire la ipotesi di Exner, che distingue i campi corticali in assoluti e relativi, così che qualche volta può essere distrutta soltanto una parte del campo corticale relativo.

Come per conclusione, l'Autore respinge il concetto che vorrebbe considerare il centro psico-motore nel rispettivo campo corticale come il luogo in cui si svolgano i processi della coscienza al medesimo inerenti. Un malato con paralisi corticale è perfettamente idoneo alla produzione del processo cosciente di *volere* muovere le parti paralizzate, soltanto egli non può mettere in esecuzione l'atto volitivo. Avviene la stessa cosa come per il centro della percezione ottica; collo annientamento di questa è soltanto perduta la capacità di ricevere nuove impressioni luminose e nuove immagini ottiche, ma non sono per nulla annientate le immagini ottiche in antecedenza acquistate.

I centri motorj corticali non soltanto non sono il luogo ove si determina la produzione cosciente dell'impulso motorio, ma nemmeno sono centri di coordinazione.

Come già è stato notato, il campo corticale per il semplice trasporto del movimento (circonvoluzioni centrali, lobulo paracentrale) è ben distinto dal campo corticale della memoria delle immagini motorie (lobo parietale), e mentre l'annientamento del primo determina semplici paralisi permanenti, la distruzione di quest'ultimo centro produce le pa-

ralisi psichiche. Certamente si deve distinguere un terzo campo della corteccia, in cui si compiano i processi psichici più elevati della coscienza e del pensiero, ma quest'ultimo campo pare che si estenda sopra la intiera superficie della corteccia cerebrale.

VI. Naunyn (di Konisberga) 2.° relatore. — **Sulla localizzazione dei disturbi afasici nella corteccia cerebrale.**

Dopo di avere dato una scorsa nel campo della storia dell'afasia, l'Autore, servendosi di una serie di reperti anatomici in casi di afasia tolti dalla letteratura, cerca di indagare se ai disturbi afasici corrisponda regolarmente la lesione di determinate parti del cervello, e quali siano queste parti. Egli prende in considerazione soltanto quei casi nei quaii esistono lesioni delle circonvoluzioni cerebrali, oppure della sostanza midollare immediatamente sottoposta. Ripartisce le osservazioni in 3 grandi gruppi: 1.° che comprende tutti quei casi di afasia, nei quali i malati si dimostrano incapaci alla formazione delle parole (afasia motoria): 2.° che comprende i casi di afasia nei quali si ha indubitabilmente una difficoltà nell'intelligenza delle parole (sordità verbale): 3.° che comprende tutti gli altri casi, nei quali il disturbo del linguaggio non era nè l'afasia motoria considerata col primo gruppo nè la sordità verbale considerata nel secondo gruppo.

Una ulteriore separazione non parve all'Autore possibile; l'Autore stesso non potè convincersi che esista un centro speciale per l'agrafia.

I reperti cadaverici sono raccolti in due tavole, da cui si traggono le seguenti conclusioni:

« Per l'afasia motoria e per l'afasia sensoria la cosa è molto semplice. Le lesioni essenziali risiedono per l'afasia motoria nella circonvoluzione di Broca, per l'afasia sensoria nei due terzi posteriori della circonvoluzione temporale superiore. Con ciò vengono confermati i due centri di Broca e di Wernicke colle dottrine rispettive.

Meno semplici si presentano i risultati per l'afasia indeterminata. Anche qui le lesioni pertinenti si ritrovano per la maggior parte nelle circonvoluzioni di Broca e di Wernicke. Rimane per altro incirca il 40 per % dei casi di afasia indeterminata in cui la rispettiva lesione della corteccia cerebrale non risiede in alcuna delle due nominate circonvoluzioni. Ed allora in più della metà dei casi, la lesione essenziale è situata incirca nella regione in cui il giro angolare si innesta sul lobo occipitale, vale a dire molto vicino al centro corticale le cui lesioni determinano emi-anopsia o cecità delle parole.

Non si può dunque fare a meno di ammettere un terzo centro corticale per l'afasia, tanto più che le lesioni ivi ritrovate erano nettamente delimitate e con ubicazione lontana dalle circonvoluzioni di Broca e di Wernicke.

Negli altri casi — ultimo quinto dei casi studiati — la lesione si ritrovava o nell'insula, o nella seconda circonvoluzione frontale, o nel

giro sopramarginale, vale a dire in punti della corteccia cerebrale molto vicini o alla circonvoluzione di Broca o a quella di Wernicke. »

Riassumendo: le lesioni della corteccia cerebrale, che comunemente si collegano coll'afasia, si trovano o nella circonvoluzione di Broca, o in quella di Wernicke, o nella parte posteriore del giro angolare là dove trapassa nel lobo occipitale, o in parte così prossima a uno di questi tre punti da poterne benissimo disturbare le funzioni.

Tutti e tre i centri corticali dell'afasia mostrano di avere importantissimi rapporti coi centri dei processi motori e sensoriali che giuocano una parte essenziale nel linguaggio, e difatti: 1.° la circonvoluzione di Broca è vicinissima al centro corticale per la muscolatura del linguaggio, 2.° il centro che sta nel giro angolare è vicinissimo al centro delle percezioni ottiche, 3.° nella regione della circonvoluzione di Wernicke è situato con moltissima probabilità un centro per le percezioni acustiche. Nelle lesioni del primo centro si determina l'afasia motoria. Nelle lesioni degli ultimi due centri si determina l'afasia sensoriale. Una forma capitale di quest'afasia sensoria è la forma acustica ossia l'afasia con sordità delle parole. Uno studio accurato della forma ottica dell'afasia sensoria, ossia dell'afasia con cecità delle parole, è ancora da compiere.

Afasia sensoria con sordità delle parole non è identica alla sordità delle parole, così come afasia sensoria con cecità delle parole non è la stessa cosa che la cecità delle parole. Questo insegnano i casi di sordità delle parole senza afasia (come nel bellissimo caso di Lichtheim), e i casi di cecità delle parole senza afasia.

L'Autore conclude col dire che i centri dell'afasia non debbono essere considerati come i centri del linguaggio. Il linguaggio è una funzione troppo complicata per poterla tutta restringere in quei tre piccoli centri. E così pure le rappresentazioni schematiche che si danno delle alterazioni del linguaggio non si debbono intendere alla lettera e crederle così nettamente e recisamente definibili e circoscrivibili. L'Autore stesso è inoltre persuaso che nel cervello dei diversi individui, i centri corticali per l'afasia non siano sempre nello stesso punto preciso della corteccia cerebrale. È permesso di supporre che il decorso dei fasci fibrosi e l'aggruppamento delle cellule gangliari subiscano delle modificazioni nei varj individui.

Discussione. — Curschmann di Amburgo riferisce un'osservazione clinica ed anatomica in appoggio delle idee già espresse da Nothnagel intorno ai rapporti della corteccia cerebrale colla funzione visiva.

Un uomo di 50 anni fino a quel momento sano, fu trasportato allo spedale per ustioni esofagee da ingestione di acido solforico. Incirca all'8.° giorno di malattia fu colpito improvvisamente da un attacco apoplettico, che lasciò per residuo puramente e semplicemente l'*abolizione della facoltà visiva in ambe le metà sinistre del campo visuale;*

l'esame oftalmoscopico, la esplorazione dei mezzi refrangenti e dei muscoli oculari non fece riconoscere nulla di abnorme. Tutti i nervi cerebrali intatti, nessun disordine di motilità nè di sensibilità al tronco o agli arti. — La emianopsia si mantenne inalterata fino al 14.° giorno dall'ingresso in cui avvenne la morte. Questa accadde per i ripetuti vomiti di sangue e per il difetto di nutrimento, dunque semplicemente in causa dell'affezione esofagea. Il malato rimase in piena coscienza fino a pochi momenti prima di morire. L'autopsia mostrò una endoarterite circoscritta dell'aorta discendente, con trombosi parietale, corrispondentemente al punto dove il vaso si trovava a contatto colla porzione necrotizzata dell'esofago. Questo punto dell'aorta fu la sorgente di un embolo, che occupava l'arteria brachiale destra, e quindi di *una chiusura embolica di una delle tre terminazioni dell'arteria occipitale posteriore destra del cervello. Ne era risultato un focolajo di rammollimento bene circoscritto della punta del lobo occipitale e del cuneo, che interessava in quest'ultimo essenzialmente la corteccia, e soltanto gli strati superiori della sostanza bianca. Il resto del cervello era completamente intatto.* Questo caso per le circostanze da cui è accompagnato acquista quasi la importanza di un esperimento fisiologico.

Hitzig di Halle comunica un caso di sordità delle parole in cui i disturbi afasici erano molto irregolari, persisteva l'udito musicale, mentre v'era parafasia in modico grado. La sezione mostrò un vecchio focolajo di rammollimento nella metà superiore della prima circonvoluzione temporale sinistra, e un focolajo più recente simmetrico nella prima circonvoluzione temporale destra.

VII. Adamkiewicz (di Cracovia). — **Sul trattamento delle nevralgie col mezzo della cataforesi.**

Il relatore dice di avere dimostrato in lavori antecedenti che, coll'ajuto di un elettrodo da lui costruito, che egli chiama «Diffusionselektrode» e che ha descritto nel *Neurol. Centralblatt.*, N. 10, 1886, si può trasportare (*cataforizzare*) cloroformio attraverso la pelle dell'uomo fino nella sua profondità (*Neurol. Centralblatt*, N. 21, 1886). In appresso egli ha applicato il suo processo alla *cura delle nevralgie*, e riferisce sopra i seguenti casi:

1.° Il 9 novembre 1886 si presentò, proveniente dalla Polonia, J. Zuckermann, di 64 anni, mercatante, con accessi nevralgici violenti del nervo sopraorbitale destro. Gli accessi erano cominciati deboli 3 mesi prima e si erano andati facendo sempre più gravi. Da 3 settimane si seguivano quasi senza interruzione e non lasciavano pace all'ammalato nè giorno nè notte. Ogni tentativo di parlare era accompagnato da un accesso; e così pure ogni tentativo di masticazione. Durante la prima visita del malato ogni 2 o 3 minuti veniva un accesso. — La prima cataforizzazione sospese gli accessi per una mezz'ora. Dopo 5 sedute

gli accessi spontanei cessarono completamente. Soltanto l' uso di cibi solidi li richiamava. — Così il paziente potè venir congedato in istato di notevole miglioramento. — Il malato fu riveduto il 27 marzo 1887, e intanto dopo una lunga pausa si erano presentati nuovi accessi; i quali per altro avevano un altro carattere; essi non erano più alla fronte, in vicinanza dell'occhio, ma bensì al sincipite.

2.° St. Paleney, di 24 anni, medico militare, in seguito a forte raffreddamento, fu afflitto da una vivace nevralgia del nervo sopraorbitale destro, la quale durava ogni giorno dalle 8 fin dopo mezzogiorno, ed aveva il massimo di violenza fra le 10 e le 12. Chinino e acido salicilico erano stati usati per 3 settimane inutilmente. La cataforizzazione interruppe momentaneamente l'accesso doloroso durante la sua fase più vivace. In 3 sedute il malato era completamente e permanentemente guarito.

3.° J. Baran, di anni 16, soffriva da 4 giorni di una nevralgia del nervo sopraorbitale destro. Al 5.° giorno — 10 marzo 1887 — appunto durante l' accesso fu cataforizzato, e il dolore scomparve e non ritornò più.

Simili osservazioni si sono fatte in nevralgie del nervo occipitale e del nervo intercostale.

In tutti i casi il metodo di eseguire la cataforesi fu il seguente: l'*elettrodo diffusibile* era messo in comunicazione col polo positivo di una batteria costante ed era collocato prima di chiudere la corrente sul punto doloroso. Poi si chiudeva il circuito, la corrente si rinforzava a poco a poco fino a 7 millimetri. Amp., la si lasciava agire per 2 minuti con questa forza, indi lentamente veniva ridotta a zero. In questo modo non si è mai verificato alcun inconveniente, nè alcuna produzione di escare.

Gli esempi riportati dimostrano *che la cataforesi guarisce le nevralgie e che la guarigione segue tanto più prontamente quanto più il caso è recente*. Il decorso superficiale dei nervi ammalati è di importanza per la guarigione. Dove le circostanze sono favorevoli, possono bastare 4 sedute, e anche una sola, per ottenere definitiva guarigione. Sfavorevoli per la cataforizzazione sono quelle nevralgie che hanno per fondamento una malattia che non sia accessibile alla cataforesi.

Discussione. — Loewenthal di Losanna crede possibile che la guarigione delle nevralgie mediante la corrente costante con cataforesi possa accadere meno per quest'ultima che per l' azione della corrente costante medesima. Per lo meno a lui è accaduto di guarire completamente una nevralgia sopraorbitaria con una sola applicazione di corrente continua. In ogni modo domanda se la immissione del cloroformio nel profondo dei tessuti mediante il polo è talmente dimostrata da potere escludere ogni altra azione chimica.

Rumpf è d'avviso che il cloroformio inalterato non possa essere trasportato in certa quantità dall'anode della corrente galvanica entro

l'organismo. Di molto maggiore importanza dell'azione cataforica della corrente sono le azioni *elettrolitiche*, e per mezzo di queste il cloroformio deve essere decomposto, allo stesso modo che si decompone l'ioduro di potassio, come hanno dimostrato precedenti ricerche. Di più l'iodio, e analogamente il cloro, non vanno dall'anode verso il catode, ma invece dal catode verso l'anode. Che poi altri prodotti di decomposizione vengano introdotti dal polo positivo entro il corpo ed ivi possano esercitare azioni chimiche, questo non può essere negato.

Adamkiewicz risponde : dalla discussione emergono queste obbiezioni; se il cloroformio possa essere cataforizzato e se la corrente anche senza il cloroformio possa essere efficace, poi se il cloroformio entro il mio elettrodo non venga per avventura decomposto. Per la prima difficoltà egli si riferisce ai propri esperimenti fatti sulle orecchie dei conigli, nei cui tessuti ha potuto dimostrare microscopicamente il cloroformio cataforizzato, avendolo prima colorito con violetto di genziana. Se poi la corrente galvanica da sola è in grado di guarire le nevralgie, questo è completamente indifferente per la questione della cataforesi, poichè è indubitato che vi sono nevralgie, le quali guariscono da sè stesse anche *senza nessuna cura*. L'egregio contradditore non vorrà da questa nozione di fatto trarre la conseguenza che non si debbano tentare nuovi procedimenti contro le nevralgie inveterate e ribelli ai consueti metodi curativi! — Se poi, continua l'oratore rispondendo al dott. Rumpf, il cloroformio si scomponga nel mio elettrodo, io davvero non so capire come mai il dott. Rumpf senza avere mai operato col mio stromento, possa avere acquistato cognizioni così speciali intorno alla sua azione. Io non ho mai osservato la decomposizione del cloroformio nel mio elettrodo, e del resto io non mi sono occupato che dell'*azione terapeutica* della cataforesi con cloroformio, essendomi poi perfettamente indifferente se sia il cloroformio stesso che agisca oppure i suoi prodotti di decomposizione. Quello che importa è che il mio metodo dia buoni risultati terapeutici.

(Continua).

BIBLIOGRAFIA

Elenco delle Memorie originali pubblicate ne' Giornali medici inviati agli *Annali universali di Medicina* (1).

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique (Parigi).

Luglio, N. 1. — *Rivière.* Étude de clinique sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés (N. 2). — *Chalot.* Ovariotomie; kyste de l'ovaire transplanté, accidents du nouveau pédicule; étude sur la séparation complète et le sort ultérieur. — *Varnier H.* Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement.

Agosto, N. 2. — *Broca A.* Contribution à l'étude du développement de la face, étude sur le bec de lièvre complexe de la lèvre supérieure (N. 3).

Settembre, N. 3. — *Terrillon.* I. A propos de la récidive des kystes parovariens après la ponction simple. II. Kyste de l'ovaire; aliénation mentale.

Annales et Bulletin de la Société de Médecine de Gand (Gand).

Giugno, N. 6. — *Fredericq Simon.* Du chloroforme dans les accouchements, son influence sur le foetus (N. 7).

Luglio, N. 7. — *Walton.* Retroversion et enclavement d'un utérus gravide (réposition, guérison, accouchement à terme) (N. 8).

Agosto, N. 8. — *Van der Stricht.* Recherches sur la structure de la substance fondamentale du tissu osseux. — *Colson L.* Le muscle supra costal.

Annali di Ostetricia e Ginecologia (Milano).

Luglio-Agosto, N. 7-8. — *Negri P.* A proposito dell'incompleto tramezzamento del collo uterino. — *Masini A.* Alcune considerazioni pratiche sopra un caso di embriotomia. — *Fasola E.* Alcune considerazioni intorno al rapporto reciproco fra malattie acute febbrili e gravidanza. — *Lauro V.* Un caso di doppia invaginazione intestinale nella

(1) Queste indicazioni comprendono per la massima parte il trimestre Luglio, Agosto e Settembre 1887.

vita endo-uterina. — *Id.* Sulla forma e sulle dimensioni del distretto superiore nei bacini infantili. — *Bossi L. M.* Sul modo di evitare le lacerazioni dell'anello vulvo-vaginale e del perineo nei parti di feto in presentazione di vertice. — *Id.* Tre gravidanze e tre presentazioni di faccia nella stessa donna. — *Kirch G.* Contributo alla chirurgia addominale ostetrica e ginecelogica — Taglio cesareo (metodo demolitore) — 2 casi di ovariotomia.

Annali di Ottalmologia (Pavia).

1887, N. 2-3. — *Rampoldi.* Contribuzione alla genesi ed eziologia delle ectasie pellucide della cornea. — *Mazza.* Studio clinico-anatomico su di un caso di oftalmia simpatica. — *Rampoldi* e *Faravelli.* Sul ripianto sperimentale dell'occhio e su un caso di fortunata riposizione nell'orbita d'un bulbo visivo strappato. — *Querenghi.* Microftalmo congenito con stafiloma posteriore progressivo.

Archives générales de Médecine (Parigi).

Luglio. — *Chauffard.* De l'urémie convulsive à forme d'épilepsie jacksonienne. — *Nimier H.* De l'intervention chirurgicale dans les phlégmasies consécutives aux affections de l'appendice iléo-caecal. — *Netter.* De la méningite due au pneumocoque (avec ou sans pneumonie). — *Tuffier.* Étude sur le caecum et ses hernies. — *Crivelli.* Des signes précoces de l'infection syphilitique comme controindication du traitement abortif. — *Juhel Rénoy Ed.* Teignes, nature et traitement.

Agosto. — *Dalché* et *Villejean E.* Recherches expérimentales sur la toxicité du bismuth. — *Alison.* Contribution au diagnostic de la lithiase biliaire considérée en dehors de l'accès de colique hépatique. — *Feulard Henri.* Fistule ombélicale et cancer de l'estomac. — *Lavaux.* Du cathétérisme chez les prostatiques. — *De Valcourt.* L'enseignement médical aux États-Unis. — *Blum.* Emphysème traumatique — Désarticulation de l'épaule — Guérison.

Settembre. — *Cazin* e *Iscovesco H. M.* Des rapports du rachitisme avec la syphilis. — *Legrand H.* Pleurésies observées dans le service de M Dieulafoy à l'hôpital de St. Antoine en 1886. — *Nimier.* De l'intervention opératoire dans les affections du pancréas. — *David Th.* La stomatite aphteuse et son origine. — *Gaume Louis.* Foie cardiacque. — *Hanot.* Adénopathie cervico-trachéo-bronchique — perforation de l'oesophage et de la trachée — sépticémie intestinale, etc.

Archives de Roumanie (Parigi).

Luglio, N. 1. — *Felix J.* De la nécessité des hôpitaux d'isolement et de l'installation de ces hôpitaux. — *Manolescu N.* Nouveau procédé d'iritomie. — *Kiriac J.* Greffes épithéliales de l'agneau à l'homme. —

Babes V. Note sur l'étiologie de certaines formes d'entérie cholériforme et dysentérique. — *Buicli C.* Deux cas d'étranglement spontané des membres. — *Hépitès Th.* Rupture du vagin dans une présentation de l'épaule. — *Bastaki Th.* Céphalématome dans un cas de présentation du siège. — *Varnalis.* Kyste tubaire.

Ateneo (L') Medico Parmense (Parma).

Luglio, N. 3. — *Alessi G.* e *Dotto G.* Sulla reazione normale della saliva umana. — *Majocchi D.* Contribuzione allo studio della etiogenesi di alcune eruzioni secondarie nella scabbia dell'uomo e degli animali domestici. — *Calderini G.* Embriotomia. Una decollazione e una detroncazione eseguite coll'uncino a chiave di G. Braun. — *Silvestrini G.* e *Picchini L.* Sulla febbre tifoide. Ricerche cliniche ed anatomiche.

Buffalo Medical Surgical Journal (Buffalo negli Stati Uniti).

Luglio, N. 12. — *Campbell F. R.* — The Causes and Prevention of Infantile Diarrhoeal Disease. — *Elsner Henry L.* Ascess of Gall Bladder. — *Id.* Pneumonia with Empyemia.

Agosto, N. 13. — *Angell Edward B.* Some Suggestions Regarding the Management of Hysterical Disorders. — *Lewis George W.* The Fallacies of Popular Bacterial Research.

Settembre. — *Greene Walter D.* Pelvic Cellulitis. — *Fell George G* Treatment of Burns. — *Morse Willard H.* A Word as to Papoid.

Brazil medico (Rio de Janeiro).

N. 32. — *Lutz Adolpho.* Ankylostoma duodenal e ankylostomiase.

Bulletin général de Thérapeutique (Parigi).

Luglio, N. 1. — *Dujardin Beaumetz.* De la massothérapie (N. 2). — *Gaignard A.* Étude physiologique et thérapeutique de la solanine. — *Beugnier-Cerbeau.* Réduction de la liqueur de Fehling par quelques substances urinaires récemment étudiés (N. 2).

N. 2. — *Senac-Lagrange.* Application de la médication thérmale sulfureuse à Cauterets dans quelques modes et états congestifs généraux et locaux. — *Jordanis.* Sur l'emploi de l'electricité dans l'excitation de la glande mammaire. — *Raynaud.* Sur une peptone nouvelle, la « peptone de scrine » employée en injections sous-cutanées. — *Négre.* Sur un cas d'iodisme aigu.

N. 3. — *Dujardin-Beaumetz.* Des médicaments antithérmiques comme sedatifs du système nerveux. — *Apostoli.* Sur le traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus. — *Planchard.* Un cas d'anémie pernicieuse. — *Villi.* Sur l'emploi de l'acide sulfureux en injections hypodermiques.

N. 4. — *Dujardin Beaumetz.* Nouvelles méthodes antiseptiques pulmonaires. — *Deniau L.* Du *Strophantus hispidus* (N. 5).

N. 5. — *Terrillon.* De la suture des tendons. — *Lombard.* Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du salol. — *Nicot A.* Le salol, étude chimique et pharmacologiche. — *Misarachi.* À propos de l'emploi de l'électricité dans l'excitation de la glande mammaire.

N. 6. — *Rubens Hirschberg.* Massage de l'abdomen; étude physiologique et thérapeutique. — *Guelpa.* Contribution au traitement de la diphtérite. — *Apostoli.* Sur le nouveau traitement électrique des phlegmasies périutérines. — *Balbaud.* Sur l'action de l'acide sulfureux dans la tuberculose.

Bulletin Médical (Parigi).

N. 35. — *Auvrard.* Version par manoeuvres mixtes.

N. 36. — *Paget James.* Rapport de la commission d'enquête sur le traitement de la rage par la méthode Pasteur.

N. 37. — *Dujardin-Beaumetz.* Le massage.

N. 38. — *Mairet A.* Folie de la convalescence de la pneumonie.

N. 39. — *Terrillon.* Cystite douloureuse chez la femme. — *Panas.* Vice de conformation de l'iris et de la paupière..

N. 41. — *Desprès.* Diagnostic des tumeurs malignes du sein. — *Morel Lavallée.* Lupus de la main. Lymphangite gommeuse de l'avantbras et du bras de nature scrofulo-tuberculeuse. Amélioration rapide.

N. 42. — *Martin A. J.* Prophylaxie des maladies transmissibles.

N. 43. — *Clado.* Ballottement rénal.

N. 44. — *Marfan.* La kariokynése.

Agosto, N. 45. — *Terrillon.* Métrite hémorrhagique de l'utérus. — *Achard.* De l'apoplexie hystérique.

N. 46. — *Lehille.* De l'hystérie dans le saturnisme (N. 47).

N. 47. — *Le Fort.* Du retard dans la consolidation des fractures, et de son traitement par la marche.

N. 48. — *Dujardin-Beaumetz.* Des médicaments antithermiques considérés comme sedatifs du systòme nerveux.

N. 49. — *Grancher.* De l'adénopathie axillaire au cours de la tuberculose du poumon.

N. 50. — *Pengrueber.* Une ovariotomie chez une hystérique. — *De Giovanni.* Sur la prédisposition à la phthisie pulmonaire (N. 51).

N. 51. — *Pasteur.* La vaccination charbonneuse. — *Le Fort.* Sur l'antisepsie obstétricale.

N. 52. — *Politzer Adam.* Perforation de la membrane de Shrapnel. — *Reclus.* Ramollissement aigu d'une anse intestinale étranglée. — *Variot.* Sur la diphtérie atténuée.

N. 53. — *Diday P.* Question du surmenage: du devoir.

N. 54. — *Potain.* Sur un cas de paralysie hystéro-saturnine.

N. 55. — *Labadie Lagrave*. Traitement des néphrites en général. — *Kirmisson*. Le mal perforant lié à certaines formes de spina bifida latent ou sans tumeur.

N. 56. — *Verneuil*. Syphilome de la région métatarso-phalangienne, avec altération du foie.... — *Strauss M. I.* Des principaux procédés de colorations des microbes, etc.

N. 58. — *Fournier*. Syphilis vaccinale. Mesures prophylactiques.

N. 59. — *Pitres A.* Sur un cas de polynévrite primitive.

N. 60. — *Rochard*. L'avenir de l'hygiène. — *Marfan*. Les théories de l'immunité morbide et particulièrement la théorie des phagocytes de Metschnikoff.

N. 61. — *Brouardel*. Des modes de propagation de la fièvre typhoïde. — *Pettenkofer*. Einseignement de l'hygiène dans les Universités et les écoles techniques.

Bullettino della R. Accademia medica di Roma.

Maggio. — *Di Fede Raffaele*. — Frattura del cranio con lesione del cervello e consecutiva afasia. — *Id.* Contribuzione alla cistotomia ipogastrica. — *Sergi Giuseppe*. Crani d'Omaguaca. — *Marchiafava E.* e *Celli A.* Sui rapporti fra le alterazioni del sangue di cane introdotto nel cavo peritoneale degli uccelli e quelle del sangue dell'uomo nell'infezione malarica. — *Bocci Balduino*. Del conducimento centrifugo e centripeto nello stesso nervo; ossia ancora una prova che i nervi si specializzano agli estremi e non lungo il decorso. — *Vincenzi Livio*. Ricerche sperimentali sul bacillo virgola del Koch. — *Giovannini Sebastiano*. Sullo sviluppo normale e sopra alcune alterazioni dei peli umani.

Bullettino delle Scienze mediche (Bologna).

Luglio-Agosto, N. 1-2. — *Cantalamessa Ignazio*. Le oscillazioni della pressione intrapleurica nelle pleuriti e durante il corso di una toracentesi. — *Ravaglia Giuseppe*. Dell'avvelenamento per alcool sotto il rispetto medico-legale. — *Vitali Dioscoride*. La resina di guajaco reattivo del pus. — *Berti Gio.* Ancora sulla mortalità dei bambini legittimi allattati dalle madri, nel 1.° anno di età, nella campagna bolognese. — *Taruffi Cesare*. Intorno alle anomalie del funicolo ombellicale (N. 3-4). — *Cozzolino Vincenzo*. Resoconto statistico degli ammalati di orecchio, naso e gola, osservati e curati nei mesi scolastici degli anni 1883-84-85-86-87.

Settembre-Ottobre, N. 3-4. — *Berti Giovanni*. Di una rarissima e forse unica viziatura congenita del cuore osservata in un bambino che visse 2 mesi. — *Cantalamessa Ignazio*. Le valvole distributrici per l'aeroterapia. — *Feletti Raimondo*. Un caso di paramioclono fibrillare multiplo. — *D'Ajutolo Giovanni*. Della varietà di forma della falce cerebellare e dei rapporti loro colle parti adiacenti.

Centralblatt für Chirurgie (Lipsia).

Luglio, N. 27. — *Kocher T.* Behandlung der Retraktion der Palmaraponeurose.

N. 28. — *Hagedorn.* Ein neuer Operationstisch mit Abflussvoorichtung in der Motte.

N. 30. — *Rehn L.* Ueber die operative Behandlung des Darmverschluss.

N. 31. — Jodoformdocht.

N. 32. — *Karewski.* Ueber Urincysten in Scrotum.

N. 33. — *Franke.* Operationstisch mit Abflussvorrichtung in der Matte.

N. 34. — *Kreutzmann.* Sauerstoff bei der Chloroformnarkose.

Settembre, N. 35. — *Gersuny.* Plastischer Ersatz der Wangenschleimhaut.

N. 36. — *Deipser.* Hernia incarcerata mit seltenem inhalt, Operation; Heilung.

Centralblatt für klinische Medicin (Lipsia).

N. 30. — *Binz.* Ueber Entstehen und Behindern der Eiterung.

N. 31. — *Ohlmüller* und *Goldschmidt.* Ueber einen Bakterienbefund.

N. 32. — *Rosenbach O.* Zur Diagnostik des Magencarcinoms.

N. 33. — *Boas I.* Ueber das Vorkommen von Fleischmilksäure bei der normalen Fleischverdaung.

N. 34. — *Sticker.* Die Magensaftabsonderung beim Pyloruskrebs und die Methode ihrer Erforschung.

N. 35. — *Seifert O.* Ueber Antipyrin als Nervinum.

Settembre, N. 36. *Link.* Eine neue Methode der osteoplastichen Resektion im Tarsus.

N. 37. — *Fulda.* Spontanfraktur der Clavicula in Folge von Gumma des Knochens.

N. 40. — *Künzburg.* Eine neue Methode zum Nachweis freier Salzsäure im Mageninhalt.

Centralblatt (Medicinisch-Chirurgisches) (Vienna).

Luglio, N. 26. — *Finger E.* Ueber das indurative Oedem. — *Englisch* Erfahrungen über die Darkauer Jodpräparate. — *Kahler.* Casuistische Beiträge zur modernen Diagnostik der Magenkrankheiten (N. 27).

N. 27. — *Weissenberg.* Die Behandlung der kronischen Metritis und Endometritis in Soolbädern (N. 28, 29). — *Mader J.* Die Behandlung der pleuritischer Exsudate (N. 28).

N. 28. — *Eisenhart H.* Beobachtungen über das Antifebrin.

N. 29. — *Deutsch.* Die sexuelle Neurasthenie beim Manne (N. 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37). — *Thomayer.* Beobachtungen über Neuralgien (N. 13).

N. 31. — *Mader*. Ueber das Vorkommen von Patellar und Fussklonus bei Typhus und dessen Ursachen. — *Thomayer Jos.* Beobachtungen über Neuralgien (N. 32). — *Scuksdorf Wilh.* I. Das quantitative Vorkommen von Spaltpizen in menschlichen Darmcanale. II. Ueber die Gefähren des Tabakrauchens.

N. 32. — *Weinstein.* Ueber das Thallin (N. 33).

N. 33. — *Thomayer Josep.* Ueber präperitoneale Lipome (N. 34, 35).

N. 34. — *Grödel.* Erfahrungen bei der Behandlung von Circulationsstörungen nach Oertel'scher Methode (N. 35).

Settembre, N. 36. — *Batek Leopold.* Ueber die diagnostiscbe Bedeutung der Tuberkelbacillen (N. 37). — *Zaleski K.* Interessante Mittheilung über Erysipelas.

N. 37. — *Widowitz.* Antifebrin bei fieberhafter Erkrankungen der Kinder.

N. 38. — *Eigner Anton.* Ueber Bromismus nebst einem Falle desselben mit letalem Ausgange (N. 39). — *Batek.* Coffeïn bei Herzkrankheiten. — *Hirschler August.* Klinik des Professor Koráoyi in Budapest. Die im Jahre 1883-84 beobachteten Pleuritis Fälle (N. 39).

Cronaca del Manicomio provinciale di Voghera.

N. 6-7. — Psichiatri e Nevrologi.

Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier.

Luglio, N. 27. — *Rauzier.* Quelques considérations sur le rôle du médecin dans l'accouchement normal (N. 28). — *Tkachetf.* Les cours de médecine par les femmes à Sain-Petersbourg.

N. 28. — *Dumas de Lédignan.* Énorme hydrocèle ouverte spontanément dans la cavité péritonéale.

N. 29. — *Bourguet.* Aplatissement du bassin nécessitant une application de forceps chez une femme ayant en antérieurement quatre accouchements naturels.

N. 30. — *Dubrueil.* Du traitement opératoire de l'épithélioma de la langue. — *Thau E.* Corps étranger de la chambre antérieure de l'oeil.

N. 31. — *Granel.* La glande pinéale: anatomie comparée et fonctions. — *Lannegrace.* Relations de la toux nerveuse avec le goître exophtalmique.

N. 32. — *Espagne.* Proposition relative à l'agrandissement du Grand Amphithéatre de la Faculté de Médecine. — *Dumas* (de Lédignan). Énorme dilatation de vagine et état tétanique des parois vaginales et du col utérin pendant l'avortement au 3.° mois de la grossesse.

N. 33. — *Dubrueïl.* Opération d'Alquié Alexander. — *Rauzier.* Inflammation suppurée du muscle iliaque. Symptômes d'état typhoïde avec ataxo-adynamie. Mort.

N. 34 — *Dubrueil.* Luxation verticale externe de la rotule. — *Brousse A.* Guérison de l'ascite dans la cirrhose atrophique du foie.

N. 35. — *Ville Jules.* Altération du fer à l'air humide : formation de la rouille. — *Massol.* L'acétanilide ou antifébrine.

Settembre, N. 36. — *Grynfelt J.* Un cas de spondylizème (N. 37). — *Gayrand E.* Rupture manuelle du cal dans une fracture ancienne de l'avant bras consolidée à angle droit, chez un enfant.

N. 37. — *Saussol.* Kyste dermoïde de l'ovaire gauche simulant une hématocèle rétro-utérine ou une pelvi-péritonite ancienne.

N. 38. — *Dubrueil.* Un nouveau procédé de désarticulation de la hanche. — *Mossé.* Quelques expériences sur le salol (N. 39).

N. 39. — *Courrent P.* Un cas d'éclampsie puerpérale chez une jeune femme syphilitique.

Gazette des Hopitaux (Parigi).

Luglio, N. 81. — *Delagénière.* Étude critique sur les différents traitement appliqués aux tumeurs du gros intestin. — *Badour.* Souvenirs de l'expédition de 1881 en basse Tunisie (colonne Tébessa) N. 106.

N. 82. — La décapitation — De la pénétration des microbes dans les végétaux — Le vibrion septique chez le chien — Inoculation de la rage aux gallinacés — Les pneumonies et l'influence paludéenne — La suignée dans la pneumonie — Péritonite par perforation intestinale suivie de guérison. — II. Laparatomie dans le cas de perforation intestinale et de pérityphlite — Le traitement arsénical du tétanos — Tubage du larynx — Cathétérisme du larynx — III. Double vagin et double utérus — Section du nerf médian — Cécité, puis paralysie ascendante par myélite.

N. 83. — *Reclus.* Maladie Kystique de la mamelle. — *Descroizilles.* Stomatite ulcéro-membraneuse. — *Sorbets L.* Deux cas d'hémorrhagie et de congéstion cérébrales déterminées par la saignée et le rapprochement sexuel. — *Gilbert.* Note sur les vergetures du thorax.

N. 84. — *Martha A.* Des injections iodées dans la traitement des goîtres. — Les rougeole et les pseudo-suettes à Poitiers. — *Nys.* Du zona sur la membrane du Descemet, chez les tuberculeux.

N. 85. — *Revillout V.* La profession médicale et l'exercice de l'art de guérir (N. 90, 104). — *Charcot.* Des paralysies amyotrophiques articulaires. — *Picard Henri.* Calcul vésical insaisissable; taille hypogastrique; fistule consécutive ayant persisté plus d'une année; guérison.

N. 86. — *Villar Francis.* De la luxation sous-glénoïdienne de l'épaule. — *Joal.* Le vertige nasal.

N. 87. — I. Les antipyrétiques comme analgésiques — Acetanilide dans l'épilepsie — Les antepyrétiques contre le strychnisme et le nicotisme — Perforation du duodénum. — II. Aphonie guérie par suggestion à l'état de veille — Extirpation de la glande thyroïde dans le

goître exophtalmique — Amblyopies toxiques — Les antipyrétiques contre la fièvre; dans le rhumatisme; id. dans le rhumatisme aigu — Les bactéries du rumatisme — Traitement de l'insomnie — Lavéments gazeux dans la phthisie pulmonaire — Elephantiasis traité par la section du nerve sciatique — Névrites periferiques. — III. Alcoolisme, saturnisme polynévrite probable — Guérison instantanée d'un lumbago rhumatismal — Amnésie ou pavillon — Le pavillon d'isolement à la Pitié.

N. 88. — Le concours du bureau central des hopitaux en médecine (N. 91). — Surmenage scolaire.

N. 89. — *Marfan.* La tuberculose miliaire.

N. 90. — *Potain.* Un cas de sclérodactylie.

N. 91. — *Gautier.* Le surmenage intellectuel.

N. 92. — *Sebileau.* Les traumatismes de l'épaule et les paralysies du membre supérieur.

Agosto, N. 93. — I. Herpès récidivant de la langue — Réfrigération du membre dans les cas de sciatique — Asepsie oculaire. — II. Anémie pernicieuse, atrophie des glandes stomacales — L'iodure de bismuth comme succédané de l'iodoforme — Purpura contagieux et récidivant — Implantation des dents — Diabète insipide durant la grossesse et le travail. — III. Diabète insipide — Polyurie phosphatique de convalescence guérison — Cécité puis paralysie ascendante.

N. 94. — *Reclus Paul.* Maladie kystique et mammite chronique.

N. 95. — *Berbez Paul.* L'hystéro-traumatisme.

N. 96. — *Brouardel.* Viol et attentat à la pudeur; définition; statistique; étude de la victime et du coupable en général. — *Fort J. A.* Nouveau procédé pour l'extraction de certaines tumeurs du larynx (crico-trachéotomie sans canule).

N. 97. — *Simon J.* De la broncho-pneumonie chez les enfants (N. 99). — *Le Bec.* Fistule vésico-vaginale; rétrecissement du vagin par une bride transversale; oblitération du vagin; guérison complète. — *Lailler A.* Barbiers et médecins (N. 98).

N. 98. — *Michaux P.* De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du tube digestif (N. 103).

N. 99. — *Moricourt.* Indications et controindications des eaux minérales et des bains de mer, fournies par la métalloscopie et par la sensibilité, argent en particulier.

N. 100. — *Moret Lavallée.* Étude générale sur les roséoles.

N. 101. — Des micro-organismes dans les végétaux et les cellules microphages dans les animaux — Métrite fongueuse et cancer. — Tumeurs fantômes de l'abdomen. — Prurit général guérisé par le salicilate de soude — Les causes morales dans l'étiologie de la cirrhose du foie — Le traumatisme et la cirrhose du foie — Le bacille de la lèpre — La résistance des globules rouges du sang — L'opération de Polk — L'alimentation de l'enfance — Le permanganate de potasse

contre l'aménorrhée — Laparatomies — Hygiène publique — Myxoedéme thyroeprive — Suture des nerfs — Section du nerf médian — Luxation de la rotule — Polyurie symptomatique de l'alcoolisme.

N. 102. — *Jaccoud.* Diabète sucré et coma diabétique (N. 114). — *Archamboult.* Pièce de 50 centimes tombées dans le larynx; menaces immédias de soffocation; extraction de la pièce après section du cartilage thyroïde. — *Hendoupe Fréd.* Observation de tumeur calcaire de la mamelle.

N. 103. V. N. 98.

N. 104. V. N. 85.

N. 105. — *Desprès.* Cancer de la langue. Ablation de la langue avec l'écraseur; ligature préalable des deux linguales. — *Luys L.* Sur la sollicitation expérimentale des régions émotives et intellectuelles, ches les sujets hypnotisés, à l'aide de substances médicamenteuses et toxiques tenues à distance. — *Lancereaux.* Le traitement des cirrhoses du foie.

N. 106. — *Raymond Paul.* Les cirrhoses du foie. — *Grout P.* De la migration (dentaire), névralgie du trifacial; névralgie sciatique; névrotomie auricolo-temporale.

N. 107. — *Brouardel.* Causes d'erreur et règles d'expertise dans les affaires d'attentat à la pudeur. — *Le Bec.* Kyste synovial du creux poplité; extirpation antiseptique; guérison. — *Dubousquet Laborderie.* Quelques considérations cliniques sur les amygdalites infectieuses. — *Véroudart.* Des limites de la conservation après les traumatismes de la main.

N. 108. — *Reclus.* Du molluscum fibreux de la région ano-rectale. — *Charcot.* Pachyméningite cervicale hypertrophyque. — *Vernet H. C.* La syphilis est-elle une cause de la paralysie générale. — *Abadie.* Injection contre la kératite parenchymateuse.

N. 109. — *Picheirn R.* Traitement du varicocèle. — *Morel Lavallée.* Daignostic différentiel des ulcères gommeux et des ulcères variqueux de la jambe. — *De Fajole G.* Luxation sous-gléxoïdisieune de l'epaule.

N. 110. *Brouardel.* Membrane hymen: son examen, ses différentes formes (N. 116). — *Trélat.* I. Kystes de la glande vulvo-vaginale. — II. Rétraction de l'aponévrose palmaire. — III. Hernie inguinale congénitale complexe. — IV. Tumeur néoplasique de l'intestin, colotomie lombaire. — *Le Bec.* Deux coxalgies tuberculeuses suppurées guéries par la résection de la hanche. — *Baudisson.* Sur la pléurésie «à frigore».

N. 111. — *Reclus.* Étranglement herniaire, kélotomie. — *Peter.* I. Alcoolisme et saturnisme hystéro-épilepsic et hystérie — II. Fièvre catarrhale dans le cours d'une tubercolose latente. — *Kergrohen.* Étude sur la pathologie de Thaïti.

N. 112. — *Hallé Noël.* Le maladies chirurgicales de l'uretère.

N. 113. — *Tillaux.* Du genu-vulgum des adolescents. — *Grancher.* Mal de Pott. — *Brouardel.* La suette miliaire de Poitou en 1887 (N. 114).

N. 114. — *Patin.* Traitement de l'ongle incarné.

N. 115. — *Guixon Georges.* Diagnostic des chorées. — *Galippe V.* La droiterie et la gaucherie sont-elles fonctions de l'éducations ou de l'hérédité. — *Pons-Simon.* Observation de pleuro-pnéumonie ataxique.

N. 116. — *Reclus.* De l'onyxis et son traitement. — *Mialet.* Vomissements incoercibles d'origine hystérique, datant de 11 mois, guéris par l'hypnotisme; singuliers effets de la suggestion.

N. 117. — *Charcot.* Monoplégie brachiale traumatique et hystéro-traumatique. — *Legendre.* Fracture du fémur chez un enfant de 3 ans, application de l'appareil du docteur Tillaux.

Gazette médicale de Paris. (Parigi)

Luglio, N. 27. — *Peter.* Le surmenage dans les écoles. — *De Sinéty.* Deux cas de polymasie chez la femme. — *Chassagne Amédée.* Études de Médecine militaire (N. 28).

N. 28. *Dutil A.* Note sur un cas de cancer primitif de la plèvre et du péricarde (N. 26). — Rapport de la Commission (Anglaise) sur le traitement de la rage par la méthode de M. Pasteur. — *Janet Jules.* Guérison de contractures hystériques du jambier antérieur gauche et du triceps crural droit, obtenue chez une malade non hypnotisable par suggestion pendant le sommeil natural.

N. 29. — *Phélippot* et *Rivals.* Un cas de rage humain. — *Chassagne Amédée.* Le train sanitaire n.° 1 de la Compagnie de l'Ouest.

N. 30. — *Polaillon.* Sur le retour immédiat de l'innervation après la suture des nerfs (N. 31, 32). — *Mordret.* Myosite aiguë primitive par surmenage du muscle biceps brachial.

N. 31. — *Thiery Paul.* Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. Blessure d'une intercostale. Hémopneumothorax. Mort. — *Maspero.* Les momies royales d'Egypte récemment mises au jour.

Agosto, N. 32. — *Rollin.* Pustule maligne, traitée et guérie par les injections iodées, sans cautérisation. — *Albertus.* Revue médico-littéraire (N. 33, 34).

N. 34. — *Dubrueil.* Goître kystique; maladie de Basedow; guérison. — *Dutil A.* Note sur un cas d'hémorrhagie bulbaire.

N. 35. — *Thiéry Paul.* Contribution à l'étude de quelques procédés de respiration artificielle (N. 36, 37, 38). — *Pasteur L.* La vaccination charbouneuse.

Settembre, N. 36. — *Peter Michel.* Échecs de la méthode Pasteur en Angleterre, en Autriche et en France.

N. 37. — *Macario M.* Paralysie hystérique chez l'homme. — *Bordier A.* Giraud Teulon.

N. 38. — *E. R.* Appparition de tumeurs multiples symétriques, à la suite d'une contusion de la moelle.

N. 39. — *Picqué Lucien.* Note sur un cas de volumineuse hernie ombilicale étranglée. Cure radicale; guérison.

Gazette (The Therapeutic) Detroit.

Luglio, N. 7. — *Dujardın Beaumetz.* Lecture on the Methods and Application of Kinesithérapy. — *Hare H. A.* The Influence of Antifebrin, Salicylic Acid, and Carbolic Acid on Normal and Abnormal Bodily Temperature (N. 18). — *Starr Louis.* Cropous Pneumonia of the Apex attended by a Unique Symptom. — *Zitĕke Joseph X.* Acute Cerebro-Spinal Meningitis. — *Dodge C. L.* A Case of Chancroid successfully treated with Mercury. — *Noer J.* Poisonous Symptoms from Nitro-Glycerin.

Agosto, N. 8. — *Wood H. C.* Rest in the Treatment of D'sease. — *Ott Isaac an Collmar Charles.* The Thermogenetic Apparatus: its Relation to Atropine. — *Finkelr D.* Comparative Experiment between the Action of Papoid and Pepsin. — *Stockwell Archie G.* Curiosities of Therapeutic.

Settembre, N. 9. — *Dujardin-Beaumetz.* A Lecture on Massage. — *Rusby H. H.* Ditana digitifolia. — *Kellogg J. H.* Oxygen Enemata. — *Ott Isaae.* The Four Cerebral Heat-Centres.

Gazzetta medica italiana Lombardia. (Milano).

N. 27. — *Bareggi Carlo.* La cura Pasteur applicata razionalmente (N. 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36). — *Petrazzani Pietro.* Della diffusione a grande distanza di alcuni rumori cardio-vascolari per la via delle ossa (N. 28, 29, 30, 32). — *Lecchi Egidio.* Nuova pinza chirurgica per l'uso pratico. — *Strambio Gaetano.* Sul progetto del Codice della pubblica Igiene.

N. 28. — *Fiorani G.* Riduzione cruenta delle lussazioni del femore.

N. 29. — *Schulte.* Il primo semestre del mio ambulatorio per le malattie dell'orecchio a Pavia.

N. 30. — *Longhi Gio.* L'otojatria nella R. Università di Pavia.

Agosto, N. 31. — *Petrone L.* Intorno allo studio della struttura della nevroglia dei centri nervosi cerebro-spinali.

N. 32. — *Maj Severino.* Pensieri sulla cura della sifilide (N. 33).

N. 33. — *Albini G.* A proposito del questionario per l'indagine statistica della cecità.

N. 34. — *Rampoldi R.* Caso di cataratta osservata in individuo che ebbe transitoria glicosuria per abuso di birra. — *Colombo G.* Società di mutuo soccorso e previdenza pei casi di malattie, per assicurazioni sulla vita e per rendite vitalizie (N. 35, 36, 37).

N. 35 — *Rampoldi R.* Contributo alla genesi dell'emoftalmo. — *Debenedetti.* Singolare raccolta sanguigna sotto palpebrale.

Settembre, N. 36. — *Truzzi Ettore.* Sopra il parto prematuro e precoce artificiale nelle pelviche ristrettezze (N. 37, 38).

N. 37. — *Rey E.* e *Aducco V.* La pressione arteriosa in rapporto col-

l'eccitamento del capo centrale del vago. — *Macchiavelli Paolo.* Note igieniche per truppe italiane destinate in regione africana (Costa del Mar rosso).

N. 39. — *Gasparini L.* Della polmonite coupale genuina.

Gazzetta degli Ospitali (Milano).

Luglio, N. 53. — *Gemma A. M.* Della coreomania del medio evo e confronto di essa con una danzimania recente avvenuta nella provincia di Brescia (N. 54, 55). — *Musmeri d'Agata Nicola.* Sulla così detta febbre infettiva. — *Ingria Vittorio Emanuele.* Contributo allo studio dell'azione parassiticida dell'acido carbonico.

N. 54. — *Giommi Mario.* Di un'esofagotomia esterna. — *Ingria Vittorio Emanuele.* Contribuzione allo studio della eliminazione della tallina per le urine.

N. 55. — *Bassi Ugo.* L'antipirina contro il dolore.

N. 56. — *Turazza G.* Le medicature umide (N. 57). — *Giuffrè L.* Sull'azione delle injezioni sottocutanee di calomelano alle tempia ed alla regione subscapolare.

N. 57. — *Broglio Camillo.* Contributo allo studio dell'azione terapeutica dell'etere nitroso dell'etil-dinaetil-carbinol. — *Ceccherelli Andrea.* Di un caso d'igroma della borsa del Boyer.

N. 58. — *Rusconi.* L'hidrastis canadensis. — *Falcone T.* Billroth nella questione Pasteur. — *Michelacci Augusto.* Sulla virtù terapeutica di alcuni saponi medicinali in certune affezioni cutanee.

N. 59. — *Palombi Ettore.* Vescicanti e salassi. — *Alivia Michele.* Intorno all'azione antipiretica dell'idrochinone unito al salol (N. 60). — *Spanocchi T.* Sutura metallica tiro-joidea.

N. 60. — *Fabbrovich G.* Un nuovo neurotico. — *Ferrari Primo.* Ricerche istologiche sulla placenta di donna lebbrosa, come contribuzione allo studio della patogenia della lebbra. — *Maragliano D.* Sulla resistenza dei globuli rossi del sangue (N. 61).

Agosto, N. 61. — *Rusconi.* La fognatura della vescica nella cura della cistite (N. 62, 63). — *Silva B.* e *Piscarolo B.* Modificazioni all'eccitabilità elettrica nervosa nella febbre e nell'apiressia, e per effetto degli agenti terapeutici.

N. 62. — *Ceccherelli Andrea.* Osservazioni sugli innesti ossei.

N. 63. — *Mya Giuseppe.* Influenza di alcuni componenti normali ed anormali dell'urina sulle reazioni motrici determinate dall'eccitazione elettrica della corteccia cerebrale (N. 64). — *Longhi A.* Digiuno assoluto continuato per tre mesi senza inghiottire dalla bocca alcuna cosa solida o liquida e terminato colla perfetta guarigione. — *Campana R.* Alcune particolarità di distribuzione morfologica e colorazione del bacillo della lepra.

N. 64. — *Tansini.* Sulla cura dell'ascesso congestizio. — *Moreschi*

Augusto. Sopra una forma di adenite suppurativa lenta della regione sterno-cleido mastoidea inferiore. — *Tafani*. I. Sulle condizioni uteroplacentari della vita fetale. — II. Sulla circolazione cardiaca.

N. 65. — *Melotti*. Le moderne teorie dell'atrofia muscolare progressiva (N. 66, 67, 68). — *Ceci Antonio*. Del metodico collocamento dei drenaggi fuori delle linee di sutura.

N. 66. — *Bassi Stefano*. Contributo allo studio dell'azione antisettica del cloridrato d'idrossilamina. — *Bareggi*. Sull'utilità della diagnosi dell'infezione rabica nei morsicati e della cura aspettativa nei gradi lievi di questa infezione.

N. 67. — *Bivona S*. Un caso di spleno-pneumonite.

N. 68. — *Naldoni A*. Caso di tetano traumatico seguito da guarigione.

N. 69. — *Comba Domenico*. Modificazioni della profilassi e cura del cholera in rapporto con le quarantene marittime (N. 70, 71). — *De Toma Pietro*. Le colonie di bacilli tubercolari nelle urine. — *Teofili Raffaello*. Un caso di ernia inguino-properitoneale col sacco erniario interno indipendentemente dall'esterno e con strozzamento dei colletti di ambedue i sacchi.

N. 70. — *Licia A*. Sull'etossicaffeina (N. 1). — *Oci A*. e *Smutny Francesco*. Atrofia muscolare per semplice inazione e per inazione ed accorciamento.

Settembre, N. 71. — *Sanquirico Carlo*. Sul valore della lavatura dell'organismo negli avvelenamenti acuti.

N. 72. — *Turazza Guido*. Sulle injezioni in ostetricia. — *Pascale Giovanni*. Litotomia, litotripsia, litolaplassi. — *Cembali F*. Sulla cura dei versamenti pleurici.

N. 73. — *Ceccherelli*. La laparotomia nella peritonite tubercolare. — *Giudici Pietro*. Tre ovariotomie eseguite nel corso di 6 mesi. — *Mosella Antonio*. Contributo allo studio delle vie di assorbimento e di eliminazione dell'antipirina. — *Turazza Guido*. Nuovo contributo allo studio delle localizzazioni cerebrali.

N. 74. — *Ingria Vittorio Emanuele* Su di un caso di emoglobinuria parosistica da freddo.

N. 75. — *Pratolongo Pietro*. L'operabilità degli stafilomi opachi della cornea (N. 76).

N. 76. — *Teofili Raffaello*. L'allacciatura dell'arteria femorale profonda e l'ematoma arterioso diffuso (N. 77).

N. 77. — *Fabbrovich*. Della gonorrea. — *Meusser Edmondo*. Della pellagra (N. 78). — *Locatelli E*. Obliterazione trasversale della vagina per complicata fistola vescico-vaginale.

N. 78. — *Ceccherelli A*. A proposito d'una resezione del fegato eseguita dal Loreta. — *Luciani Carlo*. Un caso di tetano guarito col metodo del prof. De Renzi.

Giornale della R. Accademia di Medicina (Torino).

Giugno-Agosto, N. 6-7-8. — *Bonome.* Sull'etiologia del tetano. — *Canalis.* Sulla scissione nucleare indiretta delle cellule mucipare nella sottomascellare del cane in seguito ad irritazione. — *Tartuferi.* Sullo strato dei granuli interni e sullo strato reticolare esterno della retina. — *Marro* e *Conti.* Lo stato del cuore nelle frenosi paralitiche. — *Sperino.* Polmone destro bilobato con lingula soprannumeraria in corrispondenza dell'apice — Decorso normale della grande vena azigos. — *Fubini* e *De Blasi.* L'attività della saliva parotidea dell'uomo e del succo enterico di cane dipendono da microorganismi? — *Morra.* Contributo allo studio della penetrazione di corpi estranei nelle vie respiratorie — Una spica di segale nel polmone destro. — *Aducco.* Sopra l'esistenza di basi tossiche nelle orine fisiologiche. — *Secondi.* Osservazione di tubercolosi oculare. — *Id.* Fibro-mixoma della congiuntiva. — *Gallenga.* Brevi osservazioni sulla struttura della pinguecola della congiuntiva. — *Del Vivo.* Contribuzione allo studio sul modo di comportarsi dell'A. nelle paralisi oculari. — *Luciani.* Sopra alcuni medicamenti cardiaci.

Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina (Roma).

Luglio, N. 7. — *Cognetti L.* Appunti di geografia medica sul porto di Massaua. — *Sgobbo F.* L'isterismo nell'uomo e l'isterismo nell'esercito. — *Ricci C.* Sopra un caso di sarcomatosi acuta.

Agosto, N. 8. — *Baroffio F.* Diagnosi medico-legale militare dell'amaurosi e dell'ambliopia monoculare. — *Id.* Leucomaine e ponogeri. — *Imbriaco P.* Note cliniche sopra un caso di frattura della diafisi del femore. — *Sgobbo F.* L'isterismo nell'uomo e l'isterismo nell'esercito.

Settembre, N. 9. — *Baroffio F.* Dott. comm. Machiavelli Paolo, maggiore generale medico, presidente del Comitato di sanità militare. — *Maccagno G.* Cenni ed appunti di patologia massauense. — *Di Fede R.* Contribuzione alla cistotomia ipogastrica.

Giornale di Neuropatologia (Napoli).

Maggio e Giugno, N. 3. — *Giuffrè L.* Contribuzione allo studio della paralisi radiculare superiore del plesso brachiale. — *De Hieronymis I.* Su di alcune singolari forme di alterazione regressiva delle cellule nervose della corteccia cerebralu. — *Frusci F.* e *Vizioli R.* Guarigione immediata e completa mercè la suggestione di una paralisi vescicale isterica durata 14 mesi.

Luglio e Agosto, N. 4. — *Virgilio G.* Omicidio per melanconia precordiale — Parere freniatrico. — *Lembo V.* Paraclonus multiplex del Friedreich, 16.ª osservazione.

Giornale della R. Società italiana d'Igiene (Milano).

Luglio, N. 7. — Le cucine popolari di Torino.

Agosto-Settembre, N. 8. — *Pagliani L. Maggiora* e *Fratini*. Contribuzione allo studio dei microorganismi del suolo. — Le cucine economiche di Milano.

Incurabili (Gl') (Napoli).

Giugno e Luglio, N. 12-13. — *Brancaccio*. Sul pettoriloquio afono. Nota clinica. — *Molfese*. La coxalgia e la resezione coxofemorale. — *Albore*. Pneumotomia negli ascessi polmonari — Colecistotomia — Colecistectomia e cisti pancreatica. — *De Amico*. Strano caso di guarigione in seguito a larghe ferite dello addome e fuoriuscita delle intestina. — *Biondi D*. Chirurgia pulmonare (N. 14, 15).

Agosto, N. 14. — *Liguori P.* Per la terapia dell' ascesso epatico. — *Guerra P.* Afasia per embolismo malarico.

N. 15. — *Ria*. Aneurisma della coronaria — Nota anatomica patologica.

N. 16. — *Ungaro*. Un caso d'idronefrosi. — *Spinelli*. Una insperata guarigione chirurgica. — *Mattola*. Ernia inguinale cangrenata. Resezione. Guarigione.

Lyon médical (Lione).

Luglio, N. 27 — *Vinay*. De l'asepsie en obstétrique. — *Linossier G.* Sur une combinaison de l'hématine avec le byoxide d'azote. — *Aubert*. Sur la réaction du pus blennorrhagique (N. 28).

N. 28. — *Vinay*. De l'asepsie en obstétrique. — *Glénard*. Sommaire du traitement de l'entéroptose.

N. 29. — *Mollière Humbert*. Un cas d'ataxie locomotrice avec début par des troubles trophiques. — *Grandclément*. De la kératoscopie ou skiascopie.

N. 30. — *Leclerc*. Vaste ramollissement cortical du cerveau ayant produit une rotation en sens contraire de la tête et des yeux; kyste hydatique du muscle psoasiliaque. — *Glénard Frantz*. Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose. — *P. C.* L'hôpital maritime de Giens.

E. 31. — *Bouveret*. Note sur la dilatation du cœur et de côlon ascendant. — *Blanc Émile*. Utérus semiloculaire chez une multipare (3pare) dont 5 grossesses sur 9 ont été compliquées d'hémorrhagies et suivies de délivrance artificielle.

Agosto, N. 32. — *Françon Abel*. Des mouvements péristaltiques de l'estomac dans la dilatation secondaire de cet organe (N. 33). — *Blanc*. Action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus.

N. 33. — *Bernard Paul*. Menstruation précoce et cancer de l'utérus. — *Midry Ch.* De la nature infectieuse du tétanos.

N. 34. — *Vincent.* De l'innocuité et de l'efficacité des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde compliquant la grossesse. (N. 35). — Un *aquatique.* Quelques généralités sur les eaux minérales.

N. 35. — *Duchamp.* Grossesse tubaire de 6 semaines; rupture de la trompe; laparatomie; guérison.

Settembre, N. 36. — *Orcel L.* De la persistance du gonococcus dans l'urèthre après la miction et le lavage de l'avant canal; ses rapports avec les elements figurés. — *Chincandard.* Sur un nouveau ferrugineux (sulfate ammoniaco-ferreux). — *Vinay.* Le centenaire de H. Bénedict de Saussure.

N. 37. — *Pollosson.* Note sur certaines impressions subjectives douloureuses du froid; de la psichralgie crurale. — *Grandclément.* Contribution à la discussion sur le surmenage scolaire. — *Rodet. A.* Les phagocytes.

N. 38. — *Condamin.* Note sur un cas de corps étranger intra-articulaire de nature osseuse et d'origine traumatique. — *Désir de Fortunet.* Du phimosis comme cause d'incontinence nocturne chez les enfants. — *Aubert.* De l'examen des urines au point de vue microbien.

N. 39. — *Papier.* Volumineuse concrétion intestinale de provenance hépatique. — *Condamin.* Note sur un cas de liomyome de l'épididyme. — *Diday P.* Le phagocytisme devant la clinique.

N. 40. — *Diday.* Une indication de la sepsie. — *Audry M.* Atrophie musculaire progressive, à type Aran Duchenne, accompagnée de symptômes rares, et terminée rapidement par la supression des muscles respirateurs.

Il Morgagni (Napoli).

Luglio, N. 7. — *De Renzi E.* Lezioni sulla rabbia. — *Pascale G.* Seconda e terza isterectomia. — *Staurenghi C.* Annotazioni di anatomia topografica. — *Camera G.* La cura della pustola maligna e dell'antrace.

Agosto, N. 8. — *Murri A.* Su di alcune anomalie dell'impulso cardiaco. — *Falcone T.* Sul morbo di Bright e sulla albuminuria. — *Lipari G.* Carcinoma primitivo colloideo del fegato. — *Spatuzzi A.* Relazione tra l'igiene e l'antropologia.

Settembre, N. 9. — *De Giovanni A.* Sulla tisi polmonale. — *Jaja F.* Alcune considerazioni sulla difteria e suo trattamento con la resorcina. — *Petrone L. M.* Sull'ipertrofia cardiaca nella nefrite cronica.

News Medical (Filadelfia).

Luglio, N. 1. — *Vaughan Victor C.* The proper Employement of prepared Foods for Infants. — *Bruen Edward T.* Bergeon's Method of Treating Phthisis. — *Shattisck Frederick C.* Six Cases of Phthisis and One of Chronic Bronchitis with Emphysema and Asthma, Treated by Rectal Gaseosus Enemata. — *Pepper W.* The Treatment of Phthisis by Gaseosus Enemata.

N. 2. — *Flint Austin.* Lithium Carbonate and Sodium Arseniate Dissolved in Carbonic Acid Water, in the Treatment of Diabetes Mellitus. — *Carter Laudon.* Syphilis of the Nervous System, and its Treatment. — *Wesley Mills M. A.* Surgical Puncture of the Heart.

N. 3. — *Murdoch G. B.* Chopart's Amputation. — *Van De Warker Ely.* Stricture of the Urethra in Women. — *Leuf A. H. P.* Base-Ball Pitcher-Arm. — *Kinloch R. A.* Pistol-Shot Wound of Abdomen Treated by Laparatomy and Suturing the Intestines. — *Wallace Shippen.* Cases of Cheese Poisoning.

N. 4. — *Mitchell Weir.* The Treatment of Spastic Paralyses. — *Loomis Alfred L.* Evergreen Forests as a Therapeutic Agent in Pulmonary Phthisis. — *Ingals Fletcher E.* Epistaxis. — *Maccallum A.* The Rectal Treatment of Phthisis. — *Hansell H. F.* A Clinical Contribution to the Diseases of Vitreous Body.

N. 5. — *Westbrook Benjamin I.* Local Treatment of Diseases of the Bronchial Tubes and Lungs — *Canfield Buckingham William.* Cyclic Albuminuria. — *Dodge C. L.* Waking Numbness.

N. 6. — *Brinton John H.* On Horny Growth of the Penis. — *Mays Thomas J.* The rarer Form of Pulmonary Consumption. — *Bond A. K.* A Study of Phenyl-Hydrazin. Test for Sugar in Urine, as applied by Ultzmann. — *Kollock Charles W.* A Case of Venous Anastomosis on the Disk.

N. 7. — *Beyer H. G.* On Some of the Problems to be Solved by Pharmaco-physiology, with a new Outline Classification of Pharmacology. — *Atkinson.* Forms of Typhoid Fever Simulating Remittent Malarial Fever. — *M. Caun James.* Floating Spleen; Splenectomy, Recovery. — *Thomson William.* Color Blindness among Railroad Employés.

N. 8. — *Hun Henry.* Sewer-gas Poisoning. — *Mays Thomas J.* Some Clinical Observations and Effects of the Latest Febrifuge, Acetphenetidine. — *Donaldson Frank.* The Prognosis of Certain Heart Murmurs, with Special Reference to the Selection of Risks for Life Assurance. — *Jenkins Oliver J.* Syphilitic Cirrhosis of the Liver in a Child.

N. 9. — *Mastin W. M.* Two Generations of Hereditary or Congenital Ataxia. — *Reese John J.* Report of a Toxological Examination of Five Body in Cases of Suspected Saturnine Poisoning by Lead Chromate. — — *Beyer H. G.* Influence of Tropina Hydrochlorate and Sodium Tropate on the Bloodvessels of the Dog, According to an Improved Method. — *De Schweinitz. G. E.* Large Tumour of the Right Frontal Lobe Without the Presence of Active Symptoms. — *Jackson Edward.* Observations on the Action of Sternocarpine, the New Local Anaestetic and Mydriatic. — *Leeds Albert R.* The Origine and History of the Epidemic of Typhoid Fever at Mt. Holly N. J. — *Frederick P. Henry.* Preliminary Note of Medicinal Use of Thymol. — *Hirst Cooke Barton.* Simplification of the Technique of Antiseptic Midwifery in Hospital Practice. — *Cohen Solis J.* Electric Cauterization and Evulsion of Morbid Growths on the Vocal Brands. A Practical Note.

N. 11. — *Flint Austin.* Fever: its Cause, Mechanism and Rational Treatment. — *Semmola Mariano.* The experimental Method in Scientific Medicine and its Relations to Bacteriology.

N. 12. — *Unna P. G.* Dermatology in its Relation to General Medicine. — *Freire Domingos.* On the Vaccine of Yellow Fever.

N. 13. — *Blandford Bielding.* The Treatment of Recent Cases of Insanity in Private and in Asylums. — *Pavy F. W.* On Diabetes. — *Roter Miles F.* Primary Epithelioma of the Anterior Vaginal Wall, and Superinvolution of the Uterus.

Progrès médical (Parigi).

Luglio, N. 27. — *Guyon.* Névralgie vésicale (N. 29). — *Mayret* et *Combemalle.* Méthylal (Action thérapeutique du). — *Sevestre.* Rougeole (Sa prophilaxie).

N. 28. — *Régniard* et *Loye.* Recherches faites à Amiens sur un supplicié. — *Calmettes.* Névrose réflexe d'origine nasale. — *Langeveld.* Hyphémie chronique du cerveau et de la moëlle épinière.

N. 29. — *Longo.* Ulcère variqueux avec sudation. — *Capitan.* Traitement de la rage par la méthode Pasteur et rapport de la Commission anglaise.

N. 30. — *Berber.* Tabes précoce et hérédité nerveuse. — *Girode.* Endocardite ulcéreuse végétante. — *Baudouin Marcel.* Espace sémilunaire de Traube.

N. 31. — *Chambard.* Foruncolose (théorie infectieuse de la tuberculose). Un cas de pneumonie furunculose (N. 32, 33). — *Walther.* Kyste hydatique sus-prostatique. — *Horseley.* Crâne (Operations pratiquées sur le) et le cerveau. — *Isch Wall.* Tubage du larynx.

Agosto, N. 32. — *Charcot.* Sur la claudication intermittente par oblitération artérielle (N. 33). — *Comby.* L'ulcère simple du duodénum.

N. 33. — *Edwards Blanche.* Les microbes de la scarlatine (N. 34).

N. 34. — *Jacquemart.* Des insufflations d'air dans l'oreille moyenne. — *Bourneville* et *Isch Wall.* Tuberculose de la protubérance chez l'enfant.

N. 35. — *Legrie.* Ophtalmie et abcès du rein. — *Bourneville.* De la température dans l'état de mal épileptique. — *Baudouin Marcel.* Création d'un hôpital maritime pour le traitement des enfants scrofuleux à Peu-Bron.

Settembre, N. 36. — *Sigaud.* Anamnesie verbale visuelle. — *Kojewnikoff.* Ophtalmoplégie nucléaire (N. 37). — *P. S.* Sens musculaire.

N. 37. — *Reynault.* Emploi du chlorhydrate de cocaine contre le mal de mer. — *Bourneville* et *Raoult.* Malformations congénitales et idiotie. — *Isch Wall.* Tissu érectile des fosses nasales (N. 38).

N. 38. — *Ferrier* Phenomènes consécutifs à la pendaison. — *Bourneville.* Asphyxie par strangulation.

N. 39. *Radziczewski.* Pustule maligne.

Psichiatria (Napoli).

N. 1. — *Battaglia Bruno.* Sul Hascisch e sua azione nell'organismo umano. — *D'Abundio G* Paralisi generale progressiva. L'andatura (cammino) ed i reflessi rotulei studiati in rapporto colle lesioni degli sciatici e della midolla spinale. — *Sgrosso.* Affezioni oculari e disturbi visivi nella paralisi generale progressiva.

Raccoglitore Medico (Forlì).

Luglio, N. 1. — *Ricci Nicola.* Sul trattamento delle distorsioni e delle fratture periarticolari.

N. 2. — *Fedeli Carlo.* Contributo allo studio dei rumori extracardiaci di origine polmonare.

N. 3. — *Fedeli Fedele.* Sulla importanza e necessità dello studio della patologia generale. — *Casati Eugenio.* Prolasso uterino, curato colla colporafia posteriore; perineorafia e amputazione della porzione vaginale del collo.

N. 4. — *Rastelli Amilcare.* Nuovo strumento chirurgico per estrarre i corpi estranei dal naso.

N. 5. — *Casati Eugenio.* Una modificazione all'operazione d'Alexander, e caso clinico dimostrativo (N. 6, 7 e 8). — *Novi Giuseppe.* Tre casi clinici d'un'anemia profonda guarita colle injezioni ipodermiche di citrato di ferro.

Settembre, N. 6. — *Giri Giuseppe.* Sopra un caso di ano retto-vulvare. Operazione seguita da guarigione.

N. 7. — *Moreschi Augusto.* Anaplastica per contrattura cicatriziale delle dita.

Rassegna (La) di Scienze mediche (Modena).

Luglio, N. 7. — *Vallisnieri L.* La statistica sanitaria in Italia (N. 8, 9). — *Tonini G.* Un interessante caso di difterite. — *Bertacchini P.* Contribuzione allo studio delle correnti elettriche nei muscoli. — *Burani C.* Caso classico di osteomalacia maschile. — *Dieci U.* Osservazioni cliniche sull'antifebbrina. — *Giovanardi.* Valore della docimassia polmonare idrostatica. — *Bruni.* Ricerche scientifiche intorno ad alcuni fenomeni di spiritismo.

Agosto, N. 18. — *Albini E.* Dacrioadenite sifilitica. — *Guzzoni Degli Ancarani A.* Embriotomia nelle presentazioni di spalla ed uncino rachiotomo. — *Burani C.* Caso classico di osteomalacia maschile. — *Giovanardi.* Intorno a due importanti vizj di cuore. — *Fabbri.* Comunicazioni ginecologiche.

Settembre, N. 9. — *Saltini G.* Sopra un caso di cisticerco nel vitreo. — *Vallisnieri L.* La statistica sanitaria in Italia. — *Tonini G.* Afasia

ed emiparesi destra da sifilide cerebrale. — *Fogliani A.* Casistica di clinica chirurgica. — *Cesari G.* Le cliniche terapeutiche di Modena e di Siena. — *Bruni.* Paraplegia isterica guarita per suggestione. — *Boccolari.* Elettrode a diffusione. — *Idem.* Casistica della clinica medica della R. Università di Modena.

Record (Medical) Nuova York.

Luglio, N. 1. — *Dana C. L.* Progressive Spastic Ataxia (Combined Fascicular Sclerosis) and the Combined Sclerosis of the Spinal Cord. — *Griffith Crozer J. P.* Robella (N. 2) — *Starr Allen M.* Cocaine as an Aid to Diagnosis in Cases of Neuralgia and Neuritis. — *Frank Jacob.* The Breaking of a Lithotrite in the Bladder, Lithotmy-How the Shaf of a Lithotrite should be Constructed.

N. 2. — *Levick James J.* Cerebro-spinal Fever. — *Abbott F.* Implantation of Theet-Younger's Method. — *Potter Allen Sillas.* Sepsis and Antisepsis in Summer Diarrhoea.

N. 3. — *Roberts Josiah Milton.* Fundamental Ideas regarding the Support of the Body Proper for the Cure of Disease, etc. — *Oliver James.* Menstruation, its Nerve-origin, etc. — *Newton Cole Richard.* Two Cases of Compound Gunshot Fracture of Both Extremities. — *Richardson John B.* The intra pulmonary Treatment of Phthisis pulmonalis nearly One Century Ago.

N. 4. — *Coues Elliott.* Neuro-myology; Classification of the Muscles of the human Body with Reference to their Innervation, and News Nomenclature of the Muscles (N. 5). — *Brown Dillon.* Statistical Records of Intubation, with Report of Eight Hundred and six Cases. — *Kellogg Theo. H.* Laryngeal Cramp of Musicians and Speaker.

Agosto, N. 5. — *Claiborne Herbert.* A New local Anaesthetic. — *Withman Royal* Some Observations on Bow-leg and In-knee, with Especial Reference to the Question of Outgrowth of these Deformities. — *Burrall F. A.* A Case of Visions very much Benefited by Sodium Hypophosphite.

N 6. — *Withe d W. R.* New Methods of Applying the Plaster of Paris Jacket to obtain Extension, with Illustrative Cases. — *Bull Stedman Charles.* Passiver Motion in the Treatment of Paralysis of the Ocular Muscles. — *Haitzmann Louis.* The Abortiver Treatment of Furuncles.

N. 7. — *Apostoli G.* Treatment of Fibroid Tumours of the Uterus by Electricity; With Statistics. — *Knapp Herman.* Experiments with Stenocarpine, the local Anaesthetic recently Discovered by M. M. Goodman V. S., and D. Allen M. Seward. — *Bleyer Mound J.* Dioxide of Hydrogen. Its Administrations in the Form of Ozonized Vapor, etc. — *Ring Frank W.* Total Paralysis of all the Muscles of the Left Eye, etc. — *Cummins Thomas J.* The Climate of Albuquerque.

N. 8. — *Red Charles A. L.* Intra-peritoneal Haematocele considered

as a Consequence of Ruptured Tube Pregnancy, wit Report of a Case. — *Peterson Frederick.* Morbus Basedovii. — *Bodenhamer William.* Statistics showing the Ratio of Patients of the White and the Black Race who were the Subjets of Hemorroids and of Anal Fistula, the two Most Common Surgical Diseases of the Rectum and Anus. — *Boldt A. J.* Specimen of Pyo-salpinx removed during the Acute Stage of Syphilis. — *Pomeroy Oren D.* A Case of Well-nigh Fatal Hemorrhage from the Conjunctive, the Result of an Instillation of a Two Per Cent, Solution of a Nitrate of Silver in a Day-old Infant as a Prophylactic Measure. — *Ridbon John.* Notes on two Cases of Pott Diseases, Illustrating the Difficulty of Diagnosticating between Upper Dorsal a Lower Cervical Caries in Very Young Children.

N. 9. — *Mc Graw T. A.* Some Points in Laparotomy for Visceral Injuries. — *Gibney V. P.* A Case of dissecting Aneurism about the Hip, Dependant upon Rupture of the Internal Pudic Artery. — *Oliver James.* Notes on Sterility. — *Von Wedekind Lute L.* A Small Point Worth Knowing.

Settembre, N. 10. — *Andrews Joseph A.* Successful Removal of two Osteomata of the Orbit. — *Ring Frank W.* Cocaine and its Fascinations from a Personal Experience.

N. 11, 12. — International medical Congress Ninth Session. Held in Washington D. C. September 5, 6, 7, 8 and 10, 1887.

N. 13. — *Coe H. C.* Cerebral Congestion following Removal of the Uterine Appendages. — *Hinde Alfred* and *Moyer Harold N.* Periodically Recurring Oculo-motor Paralysis. — *Boyland Halsted.* Hydrate of Terpina in the Treatment of Catarrhs and Bronchitis Terebene. — *Crothers T. D.* Mania and Inebriety. — *Eliot Llewellyn.* Persistent Vomiting of Labor arrested by Tincture of Iodine. — *Hewlett W. W.* Herniotomy under Cocain Anaesthesia.

Revista de Medicina y Farmacea (Parigi).

Agosto, N. 16. — *De la Mata Gomez F.* Necesidad de los estudios otólogicos. — *Huchard H.* Como se debe tratar la dispesia flatulenta?

N. 17. — *Mauriac Charles.* Los métodos de administracion del mercurio en la sifilis.

Revue de Chirurgie (Parigi).

Luglio, N. 7. — *Ehrmann J.* Observation de suture secondaire du nerf radial suivie de restauration fonctionnelle. — *Perier* et *Patein.* Du salol ou salicylate de phényle pour remplacer l'iodoforme en chirurgie. — *Hennequin J.* Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus (N. 8). — *Quenu.* De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire. — *Castex A.* Contribution à l'étude des congestions et inflammations de la mamelle.

Agosto, N. 8. — *Ollier.* De la simplification du traitement post-opératoire de la résection du genou. Consolidation sous un seul pansement. — *Barette.* Contribution à l'étude des maladies chirurgicales infectieuses

Settembre, N. 19. — *Ferrier J.* Remarques cliniques sur une 5.ᵉ série de 25 ovariotomies. — *Gangolphe M.* De la résection du poignet dans le traitement des osteo-arthrites fongueuses. — *Defontaine.* Ostéotomie trochléiforme. Nouvelle méthode pour la cure des ankyloses osseuses du coude. — *Router A.* Du traitement de l'hydrocèle par l'incision de la résection de la vaginale. — *Dubrueil.* De l'application de la ligature extemporanée à la cure des polypes naso-pharyngiens. — *Schwartz E.* Sarcome kystique télengiectasique de la tête de l'humérus. Ligature preliminaire de l'artère sous-clavière entre les scalènes. Désarticulation de l'épaule.

Revue de Médecine (Parigi).

Luglio, N. 7. — *Cadéac* et *Malet.* Étude expérimentale de la transmission de la tuberculose par l'air expiré et par l'atmosphère. — *Lemoine G.* De la blépharoptose cérébrale. — *Audry Ch.* Sur l'évolution du champignon des mugnet. — *Vinay.* Paralysie radiculaire du nerf sciatique par compression, à la hate de l'accouchement. — *Rodet A. J.* L'atténuation des virus (N. 9).

N. 8. — *Queyrat L.* et *Broca A.* Note sur l'érythème du choléra. — *Charmeil.* Du traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique. — *Sézary* et *Vincent.* Caverne pulmonaire à la base du poumon droit, pleurésie droite, absence de bacilles dans les crachats. Pneumotomie, mort: tuberculose pulmonaire. — *Dubreuhil U.* De l'albuminurie intermittente périodique.

N. 9. — *Chauffard A.* Nouvelles recherches sur l'ictère catarrhal. — *Parmentier E.* Épidémie de suette-miliaire. Les caractères. — *Ramos* et *Cochez.* Relation de deux cas de cirrhose biliaire.

Revue générale d'Ophthalmologie.

Luglio, N. 7. — *Leroy C. J. A.* Les phénomènes de l'ombre pupillaire. Théorie et application à la mesure des amétiopies (N. 8). — *Lyder Borthen.* De l'application de la compression dans le traitement des dacryocystites phlegmoneuses et des fistules du sac lacrymal.

Revue internationale des Sciences médicales (Parigi).

Luglio, N. 7. — *Aubry Paul.* Les hôpitaux, les asiles d'aliénés et les léproséries en Orient (N. 9).

N. 9. — *Martel.* Traitement rationnel de la fièvre typhoïde.

Revue sanitaire de Bordeaux.

Luglio, N. 86. — *Drouineau.* Les théâtres comme établissements classés. — *Henrot.* Organisation de l'hygiène publique en France. — *Gamaléia N.* Sur les prétendues statistiques de la rage. — *Layet A.* Le fonctionnement du service municipal de la préservation de la variole à Bordeaux pendant l'année 1886.

N. 87. — *Drouineau.* La rage à l'Académie. — *Haltenhoff.* Le vertige paralysant des bergers et des vachers. — *Martin.* De l'éclairage électrique dans les théâtres. — *Crambes.* Les populations indigènes entre le Haut-Sénégal et le Haut-Niger.

N. 88. — *Buchanan.* Scarlatine propagée par le lait de vache. — *Layet A.* De l'enseignement de l'hygiène dans les écoles élementaires, secondaires, professionnelles. — *Martin G.* De l'éclairage électrique dans les théâtres.

Agosto-Settembre, N. 89 90. — *Drouineau.* Le surmenage intellectuel. Prophilaxie des maladies pestilentielles exotiques. — *De Varigny H.* Les bactéries de la glace.

Revue des Sciences médicales.

Ottobre, T. XXX, n. 2. — *Barth. H.* La bactériologie médicale. — *Chouppe.* De l'acétanilide.

Revue internationale des falsifications des denrées alimentaires (Amsterdam).

N. 1. — *Caro A. F.* Quelques renseignements sur les mesures contre les falsifications alimentaires en Espagne. Renseignements sur l'Inspection municipale des denrées alimentaires à Amsterdam. — *Caro, Hilger* et *van Hamel.* Mesures internationales contre les falsifications des denrées alimentaires. — *König.* Communications relatives aux peptones du commerce. — *Hanausek T. F.* Produits servant à être substitués aux épices.

Rivista clinica di Bologna.

Luglio, N. 7. — *Apollonio Carlo.* — Ricerche microscopiche sull'organizzazione del trombo nelle arterie. — *Canali Leonida.* Studio sulla diagnosi del cancro e della tubercolosi del peritoneo. — *Busachi T.* Piede torto congenito bilaterale di altissimo grado.

Rivista di Clinica e Terapeutica (Napoli).

N. 9. — *De Renzi E.* Discorso di chiusura alle lezioni — Azione cardiocinetica della piridina — Cura della tubercolosi — Cura preventiva della rabbia. — *Rizzo Matera S.* Febbre infettiva? o febbre dispeptica? (Disamina è Storie cliniche).

Rivista sperimentale di Freniatria.

N. 1. — I. *Freniatria.* — *Borgherini.* Le pseudosistematiche degenerazioni del midollo spinale in seguito a cronica leptomeningite. — *Bernardini.* Ipertrofia cerebrale e idiotismo. Osservazione clinico-anatomica. — *Tonnini.* La paranoia secondaria. — *Saccozzi.* Sul nucleo dentato del cervelletto. — *Musso.* Un secondo caso di anomala conformazione delle colonne del Clarke. — *Seppilli.* Le amiotrofie. — II. *Medicina legale.* — *Montalti.* Immersione del neonato in liquidi bollenti in rapporto alla docimasia polmonare. Studio sperimentale. — *Nicoletti.* Alcune ricerche sull'azione mummificante del cianuro di potassio.

Rivista veneta di scienze mediche (Venezia).

Giugno. — *Bolzoni Guido.* Ostetricia operatoria. Introduzione ad un corso libero teorico. — *Pennato Papinio.* Intorno ad alcuni casi rari di malattie dell'addome. — *Raffa Arturo.* Attinomicosi addominale nell'uomo. Saggio di clinica e microscopia. — *Bassi Ugo.* Nevrite multipla consecutiva a febbre tifoide. Nota clinica.

Luglio — *Borgherini Alessandro.* Dei tumori del midollo spinale. — *Alpago-Novello Luigi.* Iperidrosi alla regione dorsale della mano e dell'estremità inferiore dell'avambraccio sinistro. — *Tosatto Ettore.* La difteria cutanea. — *D'Arman D.* Trattamento dei tumori fibroidi dell'utero con potentissime correnti elettriche. — *Sega A.* Laparotomia per invaginamento intestinale.

Agosto. — *Petrone Luigi.* Sulla setticoemia e sulla pioemia. — *Luzzatto B.* e *Patella V.* Del polso bigemino. — *Bosma Giovanni.* Sifilide ed irritazione. — *Turazza Guido.* Sull'edema acuto da angionevrosi.

Schmidt's Jahrbücher (Lipsia).

N. 7. — *Weigert C.* Neuere Vererbungstheorien (N. 8).

N. 8. — *Sänger M.* Ueber Cervixrisse und deren Operative Behandlung.

Sperimentale (Lo) (Firenze).

Luglio, N. 1. — *Banti Guido.* Alcuni fatti utili a determinare la durata del periodo d'incubazione nel colera asiatico. — *Gaglio G.* Se l'organismo animale decomponga il joduro di potassio. — *De Sanctis S.* Sopra un caso di necrosi totale delle unghie in ambedue le mani. — *Coppola Francesco.* Sulla azione fisiologica di alcuni derivati della santonina e contributo allo studio della santonina. Ricerche sperimentali. — *Faralli G.* Sulla riforma dell'amministrazione sanitaria nel regno d'Italia (N. 2).

Agosto, N. 2. — *Vanni Luigi.* La propagazione nelle carotidi dei ru-

mori da stenosi della polmonare e insufficienza delle sigmoidi. Studio di semejotica sperimentale (N. 3). — *Gabbi Umberto*. Il ventricolo sinistro nel doppio vizio mitrale con grande prevalenza della stenosi. — *Stefani A*. Della influenza del sistema nervoso sulla circolazione collaterale. — *Barbacci Ottone*. L'emoglobina nella clorosi. Ricerche sperimentali (N. 3).

Settembre, N. 3. — *Brigidi Vincenzo*. Processi di moltiplicazione e di decostituzione. — *Paci Agostino*. Di una lussazione traumatica iliaca comune antica del femore sinistro. Decapitazione del femore. — Guarigione. — *Montalti Annibale*. La pederastia tra il cane e l'uomo. — *Sainati Ranieri*. Della miliare essenziale. — *Baldi Dario*. Sulle proprietà narcotiche degli idrocarburi grassi introdotti nella molecola.

Terapia Moderna.

Giugno, N. 6. — *Santoliquido Rocco*. Sull'assuefazione all'arsenico. — *Gauthier Vincenzo*. Lo *strophantus hispidus* e la strofantina (nota preventiva). — *Fabiani G*. Sulla pretesa mancanza di azione antisettica del jodoformio. — *Bufalini* e *Martini*. Sulla cura del catarro bronchiale cronico (N. 7).

Luglio, N. 7. — *Santoliquido* e *Vitone*. Dell'acetanilide.

Union médicale (Parigi).

Luglio, N. 82. — *Morel-Lavallée*. Nourrices et nourrissons syphilitiques — *Terrier F*. Kystes végétants des deux ovaires — Ascite. Ablation des deux tumeurs. Pleurésie, Abcès du petit bassin. Guérison. Persistance des régles.

N. 83. — *Stapfer* Étude clinique sur les variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus gravide pendant les derniers mois (N. 84, 83).

N. 84. — *M. Le*. A propos de l'hémi-rhumatisme.

N. 85. — *Richelot L. G* Un projet d'hopital jugé par un architecte.

N. 88. — *Ollivier Auguste*. Le chien et les kystes hydatiques chez l'homme.

N. 89. — *Le Gendre*. L'ulcére simple du dodénum.

N. 90. — *Reliquet*. Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées. Uréthrotomie interne (N. 91).

N. 92. — *Polaillon*. Traitement de l'anthrax par les flèches caustiques au chlorure de zinc.

N 93. — *Terrier F*. Kyste multiloculaire gauche.

N. 94. — *Berne G*. Traitement des péri-athrites scapulo-humérales par le massage méthodique.

N. 95. — *Stupper H*. Basiotripsie. Parallèle entre cette opération et la laparatomie (N. 96).

Agosto, N. 97. — *Lagout*. Evolution du rhumatisme aigu sur différents organes internes. Observation.

N. 98. — *De Pezzer.* De l'uréthrotomie interne chez l'enfant. — De la courbature à donner au conducteur de l'uréthrotome. — *Duroziez P.* Du pouls géminé comme guide dans l'administration de la digitale.

N. 99. — *Chéron Paul.* Les réactions des liquides de l'estomac et leur valeur diagnostique.

N. 100. — *Duroziez.* Du grand coeur rhumatismal (N. 101). — *Gondouin Alfred.* Abcès stercoral herniaire; guérison rapide.

N. 101. — *Michalski.* Hydarthrose chronique guérie par les lavages à l'eau phéniquée. Observation.

N. 102. — *Le Gendre P.* — Le foie destructeur des poisons.

N. 103. — *Dubuc.* Trois pierres dures d'acide urique. Pyélonéphrite à gauche. Lithotritie en une séance avec évacuation immédiate de la totalité des fragments.

N. 104. — *Gallet Louis.* Un grand hôpital parisien en 1886 (N. 106). — *Roulin.* Observation de règles hâtives (hémorrhagie vulvaire) chez un enfant de 5 jours.

N. 106. — *Pasteur.* La vaccination charbonneuse.

Settembre, N. 107. — *Pineau.* Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus droits; issue des diaphyse par une large plaie des téguments. Mort par tétanos le 3.° jour. — *Chéron Paul.* Les succédanés de l'acide salicylique; le salol et le salinaphtol.

N. 108. — *Roulin L.* Des accidents possibles de l'injection intrautérine après l'accouchement.

N. 109. — *Trousseau.* Un cas de conjonctivite diphtérique.

N. 110. — *Wickham Edmond.* Note sur la cure radicale du varicocèle par la résection simple bilatérale du scrotum.

N. 111. — *Sée Germain.* Diverses applications thérapeutiques de l'antipyrine. Comparaison avec l'antifébrine (N. 112).

N. 113. — *Terrier.* Kyste de l'ovaire droit-sarcome du côlon transverse. Ovariotomie. Résection du sarcome. Mort 22 mois après l'opération.

N. 114. — *Le Gendre P.* — Traitement antiseptique des diarrhées infantiles.

N. 115. — *Verneuil.* Nouvelles observations de syphilides traumatiques (N. 116).

N. 117. — *Longuet A.* Du rôle des insectes dans la propagation des maladies infectieuses.

N. 118. — *Dubrisay J.* Histoire d'un dégénéré. — *Petit L. H.* Association française pour l'avancement des sciences (N. 119). — *Deniau Lucien.* De la leucocytose dans les cancers et de la nature du cancer (N. 119). — *Dehenne A.* Du traitement du ptérygion.

VARIETÀ

Ordinanza di Sanità marittima N.° 13 (22 ottobre 1887). — Accertate le buone condizioni della salute pubblica nelle città della Sicilia e del continente, dove prima si erano manifestati focolari di epidemia colerica, il Ministro dell'Interno decreta:

Tutte le disposizioni sancite dalle Ordinanze 8, 9, 10 del 7, 9 e 15 luglio ultimo scorso per regolare i trattamenti sanitarj cui dovevano essere sottoposte le provenienze dai luoghi infetti, sono revocate per le navi in partenza dalla Sicilia e dal continente da oggi in poi, che giungono a destinazione con traversata incolume.

Consiglio superiore di Sanità. — Il nuovo Consiglio superiore di Sanità è composto dai professori Baccelli Guido (Presidente), Moleschott, Mantegazza, Marchiafava, Cannizzaro, Bizzozero, Cantani, Corradi, Nocito, Carnelutti, Ratti, Oreste (professore di zoojatria), e dagl'ingegneri Nazzani e Donadio.

Monumento a Bretonneau, Velpeau e Trousseau. — La città di Tours il 30 ottobre ha dedicato un monumento alla memoria di Bretonneau e de' suoi due scolari Velpeau e Trousseau, tutti tre della Touraine.

Del Bretonneau, il cui nome va ognora ricordato quando avvenga (e troppo spesso avviene) di parlare della difteria e della febbre tifoide, discorse il dottor Duclos, professore alla Scuola medica di Tours, ed uno dei pochi discepoli superstiti del grande maestro, uno dei precursori della medicina moderna. Il Velpeau cominciò per essere maniscalco, poscia divenne medico e finì per essere sommo chirurgo: il Trousseau invece, prima di riescire uno de' maggiori clinici di questo secolo, fu chirurgo; e però ei potè fare della chirurgia una *terapeutica medica,* applicando al croup la tracheotomia, ed all'idrotorace la toracentesi. Il Velpeau, richiamando i suoi studj medici, potè schierarsi fra gli avversarj della medicina fisiologica, e combattere il dogma del Broussais sull'infiammazione, e sostenere la natura specifica di certe malattie. Del dotto operatore della *Charité* fece l'elogio il prof. Guyon, ed il Peter tessè le lodi dell'Autore della *Clinique médicale dell'Hôtel-Dieu.*

Boccacio e l'anestesia. — Nel fascicolo di settembre della *Rivista Veneta,* il dott. Guido Bolzoni, a proposito della storia dell'anestesia chirurgica, riferisce il noto brano della Novella 10.ª della Gior-

nata IV del Decamerone. Non avendolo mai veduto ricordato in alcun trattato di chirurgia, nè in articoli di enciclopedie, e cita i Dizionarj medici dello Jaccoud e del Dechambre, l'Enciclopedia italiana, i trattati di Bardeleben, di Ericsen, ecc. Ma il collega non ha avuto buona sorte nelle sue ricerche: il *Dizionario delle scienze mediche* che pubblicavasi a Milano dai professori Mantegazza, Corradi e Bizzozero, alla pag. 417 del 1.° volume (A. 1871) notava l'anzidetto passo; dal quale poi il prof. Corradi prendeva le mosse per fare una prima escursione nel Decamerone e discorrere dell'*anestesia e degli anestetici nella chirurgia del medio evo*, dissertazione stampata nel vol. XIV delle Memorie della Classe di Scienze matematiche e naturali dell'Istituto Lombardo, e compendiata negli *Annali universali di Medicina* (1879, CCXLIX, 81).

Antropologia. — Merita di essere notato lo svolgimento dato agli studj antropologici a Parigi non per opera diretta del Governo, ma di quell'operosa *Società d'antropologia.*

Ecco il programma dei corsi nell'anno scolastico 1887-88.

I. *Antropologia generale* (Topinard). — Parallelo fra i caratteri di superiorità ed inferiorità delle razze umane. — Evoluzione del cranio nella serie animale. — Caratteri regressivi, caratteri progressivi.

II. *Etnologia* (Manouvrier). — 1.ª parte: Dei caratteri fisiologici e particolarmente dei caratteri intellettuali nelle razze umane.— 2.ª parte: Etnografia del popolo annamita.

III. *Antropologia preistorica* (De Mortillet). — Origini dell'industria e dell'agricoltura, con proiezioni.

IV. *Geografia medica* (Bordier). — Influenza dello stato interno e della razza sulle malattie. — Patologia comparata. — Il trasformismo in patologia.

V. *Storia delle civiltà* (Letourneau). — La proprietà; origini, la etnografia ed evoluzione.

VI. *Antropologia anatomica* (Hervé). — Storia naturale ed anatomica comparata dei primati.

Per ogni corso v'ha una lezione la settimana: al semestre d'estate è rimesso il corso d'*antropologia zoologica* di Mattia Duval, il quale tratterà dell'*antropogenia ed embriologia comparata dei vertebrati.*

Rivista meteorologica del mese di agosto 1887 (1). — Nell'1 sulla Grecia trovasi una piccola depressione (759), che vi persiste nel 2 (760). Nel 3 sul golfo di Genova trovasi una piccola depressione (761), che vi persiste nel 4 (761); nel 5 questa trasporta il suo centro presso la Sicilia (760), e nel 6 sulla Grecia (759). Frattanto nell'1 un'area di alte pressioni avea il suo centro sulla Brettagna (769), e così nel 2 e 3 (772); nel 4 questa trovasi sul mare del Nord (770), e così nel 5

(1) Comunicata dalla Direzione del R. Osservatorio del Collegio Romano.

(771), nel 6 è sulla Germania (770), nel 7 sull'alta Italia (769), nell'8 e 9 presso la Brettagna (770), e nel 10 sull'Irlanda (770).

I pochissimi temporali dell'1 e 2, quelli dell'alta e media Italia del 3, della bassa nel 4 e della Sicilia nel 5 e 6 furono in relazione colla piccola depressione di cui sopra tenemmo parola.

Nell'11 presso Pietroburgo ha il suo centro una depressione (741), la quale spinge una saccatura sull'Italia. Quella nel 12 si è trasformata in depressione, col centro sul golfo di Genova (757). Nel 13 sulla Francia trovasi un'altra depressione (757), la quale nel 14 giace sulla Svizzera e sull'alta Italia (757). Nel 15 il barometro è basso sull'Ungheria (758). Nel 16 sulla Francia si forma una nuova depressione (755), la quale nel 17 ha il suo centro sulla Germania (753), mentre sull'alta Italia trovasi una depressione secondaria (758). Nel 18 sull'alta Italia persiste la depressione (752); quella della Germania trovasi sull'Austria (752). Nel 19 quest'ultima è sulla Polonia (745) e nel 20 sulla Russia (745). In questo stesso giorno sulla Francia e sul golfo di Genova trovansi due piccole depressioni (758), (757). Le pioggie con temporali verificatesi in quasi tutta la decade, ma specialmente nel 16-18 e 20 nell'alta e media Italia, furono in relazione colle depressioni sopraccennate.

Nel 21 sull'alta Italia ha il suo centro una depressione (752), che nel 22 è sull'Ungheria (755); nel 23 sull'Asia Minore (755), nel 24 sulla Russia meridionale (752), e così nel 25 (752); nel 26 sulla Russia centrale (755), e nel 27 presso gli Urali (751). Nel 28 sull'Algeria trovasi una depressione (759), la quale forse vi persiste nel 30, nel 31, quasi colmata, trovasi sulle Baleari. Le alte pressioni, che nel 21 trovavansi sull'Europa occidentale (765), nel 22-25 hanno il loro centro sull'Europa centrale, nel 28-31 sulla Russia. Le pioggie abbondanti nell'alta e media Italia nel 21, le leggiere pioggie nella Sicilia nel 26, 27 e nell'estremo NW nel 28 furono in relazione colle depressioni di cui sopra tenemmo parola.

La più bassa temperatura nel mese fu osservata a Belluno nel 19 di + 8°1 e le massime a Palermo di + 43°,8 nel giorno 17. Temperature superiori ai 40 gradi si ebbero in Catania, Siracusa, Lecce, Bari e Foggia.

TABELLA A.

Estremi termometrici del mese di Agosto 1887.

Stazioni	Minimi		Massimi	
	Gradi	Giorni	Gradi	Giorni
Porto Maurizio . . .	14,8	23	32,6	2
Genova	16,7	22	31,5	2
Massa-Carrara . . .	15,5	21	31,5	2
Cuneo	10,8	21	32,7	9
Torino	12,5	23	32,3	10
Alessandria	11,8	22, 23	32,2	1
Novara	12,2	21	33,0	1
Pavia	12,3	23	33,3	9
Milano	12,4	21	34,2	21
Como	9,8	20	30,8	9
Bergamo	10,4	21	31,5	21
Brescia	12,0	22. 27	33,5	1, 2
Cremona	12,2	22	34,2	2
Mantova	14 0	22	35,0	2
Verona	14,6	21	34.2	1
Vicenza	11,0	19	33,4	1
Belluno	8,1	19	32,4	1
Udine	10,6	19	34,8	1
Treviso	12,6	19	38,0	1
Padova	11,9	19	34,0	1
Rovigo	14,2	20	35,2	1
Piacenza	12,7	23	32,2	1
Reggio Emilia	13,8	22	33,5	1
Ferrara	13,9	22	35,2	1
Bologna	13,2	21	34,3	17
Ravenna	11,2	23	34,4	1, 10, 14
Forlì	14,6	6	33,8	14
Pesaro	13,0	22	34,8	14
Ancona	18.9	24	32,8	14
Camerino	13,5	6	32,8	16
Ascoli Piceno	14,0	22, 23	36,5	3
Perugia	11,5	22	33,4	8
Lucca	11,5	22	34,8	1
Pisa	11,0	22	35,5	3
Livorno	13,0	22	31,5	3, 4, 16
Firenze	12,1	22	35,1	2
Siena	11,9	2	33,0	6

Stazioni	Minimi		Massimi	
	Gradi	Giorni	Gradi	Giorni
Roma	14,9	25	35 1	2
Teramo	13,7	24	37,5	14
Chieti	12,4	22	35,6	14
Aquila	10,0	23	33,0	16
Agnone	9,9	22	33,7	16
Foggia	13,7	30	41,4	17
Bari	14,8	30	41,7	17
Lecce	16,0	25	40,1	17
Caserta	13,3	22	37,1	16
Monte Cassino	14,6	20	35,0	16
Napoli	18,0	22	32,6	16
Benevento	12,1	8	37,6	15
Avellino	8,2	24	34,2	16
Potenza	11,0	8	33,1	16
Cosenza	14,8	8	36,4	16
Trapani	20,2	25	33,9	18
Palermo	16,0	23	43,8	17
Girgenti	18,0	7	37,0	16
Caltanissetta	13,9	23	37,4	16
Messina	21,5	28	36,2	17
Catania	21,0	28	41,5	18
Siracusa	19,7	29	40,3	16
Sassari	15,8	22, 24	34,4	14

TABELLA B.

Acqua caduta nel mese di agosto 1887, confrontata con quella caduta nell'agosto 1886.

STAZIONI	AGOSTO 1887	AGOSTO 1886
Porto Maurizio	0,0	6,7
Genova	2,2	86,7
Massa Carrara	41,0	78,0
Cuneo	34,9	110,6
Torino	17,9	64,2
Alessandria	0,0	29,8
Novara	42,2	73,3
Pavia	15,8	116,9
Milano	18,8	84,6
Como	137,0	95,8
Bergamo	40,8	87,9
Brescia	29,3	72,8
Cremona	25,1	128,6
Mantova	12,5	83,3
Verona	49,0	77,2
Vicenza	37,1	94,0
Belluno	63,3	139,8
Udine	50,4	74,4
Treviso	38,8	66,6
Padova	46,4	97,7
Rovigo	16,5	102,2
Piacenza	1,0	76,2
Parma	7,4	63,6
Reggio Emilia	0,2	47,6
Modena	?	82,4
Ferrara	14,5	103,1
Bologna	23,0	71,6
Ravenna	21,1	29,3
Forlì	43,8	113,7
Pesaro	26,3	47,8
Ancona	25,0	88,7
Camerino	68,9	102,8
Ascoli Piceno	28,0	227,0
Perugia	38,2	103,0
Lucca	18,3	33,1
Pisa	3,1	44,5
Livorno	0,0	45,0
Firenze	16,6	99,3

Stazioni	Agosto 1887	Agosto 1886
Siena	13,2	50,8
Roma	29,5	7,5
Teramo	27,4	59,3
Chieti	0,0	153,8
Aquila	95,7	?
Agnone	6,1	58,0
Foggia	5,0	51,5
Bari	0,0	10,7
Caserta	1,0	49,0
Monte Cassino	24,9	36,6
Napoli	7,5	63,7
Benevento	58,5	47,0
Avellino	7,1	42,9
Potenza	51,1	56,7
Cosenza	4,0	33,2
Trapani	0,7	18,6
Palermo	8,5	25,6
Girgenti	21,1	3,6
Caltanissetta	35,5	2,8
Messina	3,0	53,7
Catania	7,0	10,0
Siracusa	21,7	30,5
Sassari	8,3	5,1

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI CHIRURGIA

RIVISTA DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

VARIETÀ.

RIVISTA DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

(Continuazione e fine, vedi fasc. precedente pag. 224).

VIII. Fraenkel A. (di Berlino). — **Sulle proprietà patogene del bacillo del tifo.**

L'Autore dice che le ricerche di questi ultimi anni hanno dimostrato anche per il tifo addominale la presenza di un agente morboso specifico e che perciò acquistano importanza le seguenti questioni: se e in qual rapporto stia il numero dei bacilli trovati negli organi dei morti di tifo colla intensità dei sintomi morbosi osservati durante la vita, e per quanto tempo i bacilli del tifo possano mantenersi vitali entro l'organismo. Lasciando sospesa la prima parte intorno alla quale nulla si può dire, intorno alla seconda vi sono alcuni dati offerti da Eugenio Fraenkel e da Simmonds, per i quali si dovrebbe concludere che in alcuni singoli casi i bacilli del tifo sono manifesti nell'organismo per un tempo straordinariamente lungo. L'oratore è in grado di portare una contribuzione decisiva a questo argomento:

A mezzo dicembre 1885 venne ammesso nella prima clinica medica a Berlino un fornaio di 20 anni, ammalato per tifo. Il corso della malattia si complicò con un'affezione polmonare ostinata, così che il paziente rimase a lungo nello stadio remittente. Dopo un periodo di circa 7 settimane, la febbre smise; dopo 10 giorni i sintomi di una recidiva. Al 6.° giorno di questa, collasso coi sintomi di una peritonite diffusa, ma dopo pochi giorni il malato si rialzò. Nella riconvalescenza della recidiva, risipola facciale, e di quando in quando sintomi peritonitici. Quattro mesi dopo il principio della malattia nella metà sinistra inferiore del ventre si formò un tumore fluttuante, dal quale si ebbe colla puntura di assaggio un liquido sottile marcioso brunastro, che conteneva assieme a corpuscoli purulenti e a globuli rossi del sangue moltissimi cristalli di ematoidina e dei bacilli i quali agli esperimenti di coltura si riconobbero esclusivamente per bacilli del tifo.

Il paziente venne operato e all'incisione si vuotò incirca un litro del liquido sopra descritto. Poi il malato morì per ileo. Alla necroscopia si trovarono le anse intestinali fra loro saldamente conglutinate; nessuna perforazione dell'intestino, nessuna apparenza di precedente rottura della milza e nemmeno di infarto splenico.

L'oratore crede che la causa dell'ascesso sia stata il rammollimento e la ulcerazione di un ganglio mesenterico che abbia versato il suo contenuto nel ventre, appoggiandosi sopra osservazioni analoghe di Griesinger ed altri Autori.

Il caso è interessante 1.° perchè dimostra, che in certe circostanze il bacillo del tifo può soggiornare nell'organismo umano per un tempo assai più lungo di quello che si era soliti ad ammettere, e questo fatto può rischiarare assai la comparsa frequente di recidive e di postumi nel tifo — 2.° perchè insegna, che il bacillo del tifo che indubitabilmente possiede proprietà flogogene, può sotto date circostanze determinare anche suppurazione.

Nella 2.ª parte della sua relazione l'Autore rende conto di esperimenti fatti allo scopo di dilucidare la questione intorno alla inoculabilità degli animali col bacillo del tifo. In 13 cavie egli injettò nel duodeno colture pure del bacillo tifoso. Di questi 13 animali ne morirono 11, e in 9 di questi i bacilli tifici poterono essere dimostrati nelle glandole del mesenterio (mai nel sangue). In tre la morte avvenne il 9.° o il 10.° giorno dopo la injezione, e uno di questi tre presentò in modo evidente la necrotizzazione delle chiazze del Peyer, descritta da Eug. Fraenkel e da Simmonds. Dalla morte tardiva della maggior parte degli animali soggetti ad esperimento, e dalla dimostrazione dei bacilli nelle glandole, crede l'Autore di poter concludere che al bacillo tifoso si debbano attribuire proprietà infettive, oltre a quelle tossiche dimostrate da esperimentatori precedenti (Sirotinin, Peiper e Benmner). Però queste proprietà infettive non sono molto chiare, occorrono grandi dosi di materia bacillare da injettare, e i sintomi mor-

bosi presentati dagli animali non sono da confrontare col quadro sintomatico del tifo umano. Però è possibile che si possa trovare un modo di trasportare la infezione più attivo di quello che si è adoperato.

Discussione. — Quincke di Kiel considera come molto interessante la lunga durata della vita del bacillo tifoso nell'essudato saccato. Ma anche nell'intestino i bacilli del tifo debbono vivere più lungamente di quello che non è stato ammesso fino ad oggi, poichè i convalescenti da tifo anche due settimane dopo la cessazione della febbre possono infettare i sani, come dimostrano due casi osservati in Kiel e descritti da Reher. Egli spera che verranno comunicate presto altre osservazioni intorno a questo punto così importante per la pratica.

IX. Unverricht (di Jena). — **Sulla epilessia sperimentale.**

Il relatore comunica i risultati di ulteriori investigazioni, che egli ha fatto sul meccanismo delle convulsioni provocate sul cane dalla irritazione della corteccia cerebrale.

Per dimostrare, che la regione motoria della corteccia cerebrale è necessaria non soltanto per la produzione, ma anche per la propagazione e per la continuazione dei crampi clonici muscolari, l'Autore ha estirpata tutta la parte anteriore della corteccia fin dietro al centro dell'orbicolare, ed ha eccitato colla corrente faradica i distretti corticali che vi corrispondono. Con ciò i centri motori estirpati sono quelli per l'orbicolare, per il distretto del facciale inferiore, per la muscolatura della mandibola e della lingua, per il muscolo risorio, per gli arti, per la muscolatura del collo, del tronco e della coda, e in alcune ricerche anche quelli per l'orecchio.

Se l'eccitamento della regione posteriore era fatto in condizioni normali, l'esperimentatore, in pieno accordo con Ferrier, otteneva movimenti laterali dei bulbi e alterazioni del diametro pupillare, i quali effetti col far agire più a lungo la corrente si cambiavano in nistagmo laterale e conducevano quindi allo sviluppo di un accesso convulsivo, che colpiva gli altri gruppi muscolari nello stesso ordine di successione, in cui i loro centri erano situati sulla corteccia cerebrale. L'accesso convulsivo invadeva dapprima tutta una metà del corpo, e poi si estendeva all'altra metà incominciando sempre dalla estremità posteriore e propagandosi poscia con un decorso ascendente fino a terminare col nistagmo di questa seconda metà.

Ma se l'estirpazione parziale della corteccia cerebrale era stata eseguita come sopra si è detto, ed era stata praticata, p. es., a sinistra, allora dopo il nistagmo non avveniva la propagazione dell'accesso convulsivo ai muscoli della metà destra del corpo, ma dopo un certo tempo incominciavano le scosse nell'arto posteriore sinistro e l'accesso assumeva in seguito lo stesso corso ascendente, come se avesse preceduto un accesso laterale tipico della metà destra. Le scosse adunque nei gruppi muscolari di cui i centri erano stati estirpati non si pre-

sentarono, e così era dimostrata la importanza dei centri corticali motori per le contrazioni muscolari cloniche.

Si poteva per altro obbiettare, che colla irritazione determinata dal taglio venissero forse a paralizzarsi dei gruppi gangliari intracorticali, e questa paralisi impedisse gli spasmi, appunto come in tagli recenti del midollo spinale scompariscono in primo tempo certe azioni reflesse che poi si ripristinano più tardi.

Per rispondere a questa obbiezione, l'Autore estirpò i centri motori per gli arti e fece gli esperimenti di eccitazione a completa guarigione della ferita. Se l'eccitamento si faceva dal lato offeso, si producevano accessi convulsivi in tutti gli altri gruppi muscolari, ma gli arti non mostravano di parteciparvi. Se l'eccitamento era fatto sull'altro emisfero, comparivano allora scosse vivaci d'un lato che si estendevano anche alle zampe. Succedeva adunque, come nel taglio recente, che non si presentassero le contrazioni cloniche in quei muscoli i cui centri erano stati estirpati. Non riuscì per altro all'esperimentatore di osservare la diffusione delle contrazioni all'altra metà del corpo, forse perchè le degenerazioni secondarie che susseguono all'estirpazione disturbano la propagazione dello stimolo all'altra parte.

La teoria corticale dell'epilessia è combattuta perchè altri osservatori hanno veduto delle scosse in muscoli, i cui centri motori erano stati estirpati. L'Autore dimostra che in ultima analisi anche queste scosse dipendono da stimolo della corteccia cerebrale e perciò non contraddicono alla teoria corticale. L'Autore stesso ha osservato queste contrazioni in molti dei suoi esperimenti. Ma queste contrazioni rappresentano soltanto un fenomeno *accidentale*, in quanto che non appartengono al decorso tipico dell'accesso convulsivo. Qualche volta mancano totalmente, e qualche volta presentano un carattere a preferenza di spasmo tonico. L'Autore le chiama *contrazioni secondarie*, per contrapporle alle primarie che avvengono in quei gruppi muscolari, i cui centri sono stati conservati (1). Esse si presentano anche a corteccia intatta ed accompagnano le scosse di quei gruppi muscolari i cui rispettivi centri motori si trovano in istato di momentanea stimolazione; per esempio, quelli del lato sinistro durante la stimolazione dell'emisfero sinistro. Avanzandosi poi nell'ulteriore corso dell'accesso la stimolazione sull'emisfero destro, in allora i muscoli del lato sinistro hanno la *contrazione primaria*, e i muscoli del lato destro la *secondaria* (2).

Anche il modo di comportarsi dei movimenti oculari e della colonna vertebrale costituisce un punto importante per decidere la questione,

---

(1) Non vi sarebbe qui forse un *circolo vizioso?* (*Nota del Traduttore*).

(2) Così, almeno sembra, troppo ogni cosa, alle esigenze della teoria. (*Idem*).

se la stimolazione si localizzi soltanto in un emisfero. Se il nistagmo si presenta soltanto a destra, si deve considerare come attivo soltanto l'emisfero sinistro. Riguardo alla colonna vertebrale, l'Autore ha dimostrato che questa si fa sempre concava verso il lato dell'emisfero stimolato, concludendosi da ciò che tutti o almeno la maggior parte dei fascicoli nervosi che vanno alla muscolatura del collo e del tronco derivano dall'emisfero dello stesso lato.

Come si formano le contrazioni secondarie? La regione motoria può mancare, senza ch'essi scompariscano, purchè però rimanga intatta la regione motoria corrispondente dell' altro lato. Il midollo spinale può essere emisezionato e aversi egualmente i crampi secondari, perchè il passaggio dello stimolo nel midollo si compie dall'altro lato. E così se lo spasmo clonico di un lato ha la sua origine nella corteccia cerebrale, anche le scosse secondarie si devono riferire a questa stimolazione corticale, *esse sono adunque di origine corticale,* soltanto esse vanno devolute non all'emisfero incrociato, ma bensì all'emisfero dello stesso lato.

X. Rossbach (di Jena). — **Sulla importanza fisiologica dei leucociti e corpuscoli salivari.**

Avendo Stöhr dimostrato che dalle tonsille e dalle glandole muccipare della bocca e della lingua si fa una discreta emigrazione di leucociti attraverso l'epitelio nelle cavità orale e faringea, che questa emigrazione non è patologica, ma per la sua costanza si palesa come un processo ordinario, che i cosidetti corpuscoli del muco e della saliva altro non sono che questi leucociti emigrati, veniva ad imporsi il problema di stabilire la precisa significazione fisiologica di questi corpuscoli.

Rossbach ha dimostrato che con quantità comparativamente molto piccole di tessuto delle tonsille e delle glandole muccipare si ottiene dall'amido grande quantità di zucchero; perciò deve esservi contenuto un fermento saccarificante. Ma siccome è noto che quasi tutti i tessuti e liquidi organici agiscono diastaticamente, conveniva indagare in qual rapporto stesse la potenza saccarigena degli organi ricchi di leucociti, con la potenza stessa di altri organi semplicemente attraversati dalla corrente sanguigna povera di leucociti. Risultò che estirpando immediatamente dopo la morte le glandole tonsillari e le glandole muccipare della base della lingua, esse possedevano una forza saccarificatrice straordinariamente grande in confronto di quella presentata, p. es., dalle glandole muccipare della mucosa della punta della lingua o dal muscolo linguale.

Il fermento saccarificante di questi tessuti è la ptialina. Risulta dunque da queste ricerche che i leucociti contengono sempre un fermento saccarificante, e che l'accumularsi di essi nel canale alimentare costituisce una delle sorgenti della ptialina esistente nei succhi digestivi.

XI. ROSSBACH (di Jena). — **Sulla chiluria.**

Rossbach comunica un caso di chiluria indigena osservato nella sua clinica. Riguarda una operaja di 21 anni, di colorito pallido, con pannicolo adiposo abbondante, con insufficenza mitrale compensata, con fegato dapprima ingrossato e poi a poco a poco rimpiccolito, con dolori isterici di alto grado nella regione lombare, alla testa ed alle articolazioni, che qualche volta si gonfiavano e mostravano edema e rossore; corpo stittico, fecce dure, senza gran contenuto grassoso anche con alimentazione adiposa abbondante. L'orina lattiginosa dopo più o men breve tempo dalla emissione mostrava dei coaguli di varia grandezza, ma non si rappigliava mai in tutta una massa gelatinosa, come nella chiluria tropicale. L'urina presentava il suo intorbidamento lattiginoso proveniente da innumerevoli corpuscoli adiposi. Soltanto a regime albuminoso puro, si alternava urina limpida e chiara con urina lattiginosa. Casi di chiluria osservati da altri Autori accennano alla circostanza che l'urina della notte conteneva grasso e quella del giorno ne era priva, o viceversa, mentre in questo caso di Rossbach la eliminazione adiposa continuava e di giorno e di notte. La quantità del grasso fu da principio 1,5-2,0 gr., e salì fino a 10,0 gr. Nell'estratto etereo si riconobbe grasso, lecitina e colesterina. Nell'orina esisteva inoltre, oltre a corpuscoli bianchi del sangue, dell'albumina, in parte sciolta nell'acqua dell'urina, e in parte adoperata per l'emulsionamento del grasso.

Nel caso esposto si poteva escludere con sicurezza: 1.° che il grasso dell'urina derivasse da qualche degenerazione adiposa degli elementi dei tessuti di qualche parte dell'apparecchio orinario; 2.° che avesse la sua origine da una mescolanza diretta di chilo o di linfa mediante qualche fistola chilosa o linfatica. La prima idea era respinta dallo stato generale relativamente buono della paziente e perdurante da anni, e dalla mancanza di elementi formali colpiti da degenerazione grassa. Contro al miscuglio di chilo o di linfa parlavano la completa mancanza dello zucchero e la piccola copia di albumina esistente nell'urina, poi l'alto contenuto di materia grassa dell'urina stessa, che spesso era più alto del doppio della massima quantità che può esistere nella linfa pura e non diluita, indi la mancanza in certa copia dei corpuscoli bianchi del sangue, finalmente la piccola quantità dell'urina emessa e la scarsezza dei fosfati e dei solfati in detta urina ritrovati.

Tutto ben considerato, si doveva venire alla conclusione, che soltanto i reni potessero essere la porta d'ingresso del grasso e dell'albumina, mentre gli elementi formali del sangue e della linfa dovevano essere trattenuti dagli epiteli, tanto più che si sa che del grasso molto finamente emulsionato e injettato nel sangue può essere eliminato attraverso gli epiteli renali sani.

Di dove veniva il grasso eliminato? Sia col digiuno prolungato per più giorni, sia con un alimento di adipe, il contenuto di sostanza grassa

dell'urina si manteneva immutato; con un alimento assolutamente privo di grasso e ricca invece di albuminati e di idrati di carbonio la quantità di grasso dell'urina cresceva del quadruplo. Con l'alimento ricco di azoto nei residui trattati coll'etere si riconosceva della lecitina che deve essere considerata come un prodotto intermedio della formazione del grasso dagli albuminati. Nell'urina chilosa si trovavano inoltre tirosina e leucina come prodotti ulteriori del ricambio organico nella trasformazione dell'albumina. In unione alle predette circostanze, il manifesto impiccolimento del fegato porta a far supporre con molta verosimiglianza che a base dell'intiero complesso sintomatico stesse una malattia del fegato.

XII. Rossbach (di Jena). — **Di una seggiola respiratoria per gli enfisematici e gli asmatici.**

La medicina pratica non possiede ancora un apparecchio efficace, comodo ed accessibile a tutti, per ajutare la espirazione tanto difficoltata nell'asma e nell'enfisema di alto grado. I diversi apparecchi, camere pneumatiche, panziere, ecc., si sono dimostrati assai poco pratici; il meglio è ancora la compressione manuale della gabbia toracica raccomandata da Gerhardt, specialmente nell'enfisema polmonare.

Ma siccome anche questo metodo ha molti difetti, per essere troppo incomodo per il medico o per gli assistenti, per non comprimere il torace che parzialmente, ecc., Rossbach fu indotto a far costruire da uno dei suoi ammalati, certo Zoberbier di Gera presso Elgersburg, un apparecchio che favorisse la espirazione mediante una pressione sull'intero torace.

Dietro ai braccioli di una comoda seggiola a spalliera vi sono due aste orizzontali che portano due cilindri mobili intorno al loro asse. A ognuno di questi cilindri è connessa una leva o manovella a gomito, che può essere mossa innanzi e in dietro da chi sta a sedere sulla seggiola. Di più, intorno ai cilindri sono applicate delle cinghie, che si uniscono incrociandosi intorno al torace del paziente. Queste cinghie sono mantenute in buona posizione da un opportuno fasciatojo ascellare.

Il paziente è collocato nella seggiola colle cinghie e le fascie bene a posto, le sue mani afferrano le manovelle, respira colla consueta profondità, e quando sta per terminare l'atto espiratorio, allora avvicina il più che sia possibile i bracci di leva. Ne risulta che le cinghie si tendono e la cassa toracica viene compressa. Indi, allargando le braccia, le manovelle vengono spinte all'indietro, e la nuova inspirazione viene potentemente favorita. Con ciò si allontana una grande quantità di aria residuale, il muco esistente viene spinto verso l'alto e meglio espettorato, e la piccola circolazione si trova migliorata.

Si hanno dunque negli asmatici e negli enfisematici i seguenti vantaggi: facilitamento e rinforzo della espirazione, fuoruscita di una di-

screta quantità di aria residua carica di acido carbonico, facilitazione ed aumento dello spurgo mucoso, sollievo del circolo polmonare, innalzamento del diaframma e diminuzione nel volume dei polmoni distesi. In seguito a queste azioni, in ognuna delle successive inspirazioni si ha la possibilità di inspirare aria sempre più ricca di ossigeno, diminuisce la frequenza del respiro, aumenta la capacità vitale polmonare.

I vantaggi principali di questa seggiola respiratoria consistono nel poter essere adoperata da chiunque in qualunque tempo, senza bisogno di ajuto, nel poter servirsene giorno e notte senza interruzione, nell'essere facilmente trasportabile dappertutto, e nella tenuità del suo prezzo così da essere accessibile a qualunque classe di ammalati.

Discussione. — Schreiber di Konisberga si è occupato da molti anni della cura dell'enfisema, ed è stato guidato allo stesso metodo della compressione esterna del torace; compressione però che egli cerca di ottenere coll'applicazione di corsetti elastici.

XIII. Litten (di Berlino). — **Sul rapporto che può intercedere fra affezioni gastriche e cambiamenti di posizione del rene destro.**

Da una serie d'anni l'Autore procede ad esplorare il rene destro in questo modo. Egli fa mettere in posizione dorsale l'ammalato o anche in posizione intermedia fra la giacitura dorsale e la giacitura laterale sinistra, e poi si vale della esplorazione bimanuale, mediante la quale le punte riunite delle dita della mano sinistra si pongono immediatamente sotto al margine costale inferiore destro nella parte posteriore, mentre le punte riunite delle dita dell'altra mano s'infossano nel punto corrispondente dell'arco costale in avanti; in questo modo riesce non di rado durante la inspirazione di poter sentire il margine inferiore del rene al di sotto dell'arco costale destro. Quanto è più profonda la inspirazione, tanta maggiore superficie di rene si sente, finchè a inspirazione forzata tutto l'organo si sente sporgere al di sotto dell'arcata costale, e si può palpeggiare benissimo fra le due mani.

Se si confronta la posizione del rene destro come la si può riconoscere in questi casi con quella che presenta in istato normale, si trova che il margine inferiore dell'organo corrisponde incirca al punto in cui in condizioni normali si trova il margine superiore, così che il rene è spinto in alto per una lunghezza quasi eguale a quella del suo diametro longitudinale. Si tratta dunque di una dislocazione verso l'alto (e contemporaneamente anche un po' all'esterno, quando la mobilità sia da ritenersi come una conseguenza del continuo spostamento respiratorio).

Ma prima di addentrarsi nei rapporti anatomici e nel meccanismo di questa dislocazione verso l'alto, l'Autore riferisce di non avere mai trovata isolatamente questa anomalia di posizione del rene, ma quasi

sempre in compagnia di alterazioni bene determinate dello stomaco (e del duodeno), e più di rado dell'intestino crasso. Queste alterazioni relativamente allo stomaco consistono in insufficenza pilorica con posizione profonda ed ectasia dello stomaco.

Ordinariamente si tratta di operaj giornalieri, piccoli impiegati, i quali durante il breve riposo del mezzogiorno ingojano grandi quantità di cibi farinacei di difficile digestione, e poi subito dopo ritornano al lavoro.

Clinicamente questi casi si contraddistinguono per la debolezza, appetito cattivo e bocca impastata, senso di distensione e gonfiamento del ventre in ispecie dopo i pasti, borborigmi, stitichezza, alle volte dolori ventrali e vomito. Obbiettivamente si può quasi sempre rilevare diminuzione di peso corporeo, segni dispeptici, rutti, borborigmi, senso di sciaguattamento anche a stomaco digiuno. Occasionalmente si può presentare odore acetonico dell'alito e comparsa di acetone nell'orina. La grande curvatura dello stomaco si trova abnormemente in basso, e colla miscela spumante discende al di sotto dell'ombellico. Colla siringa gastrica si sente allora la punta a livello o al di sotto di una linea che riunisce le due creste iliache.

Di cosiffatti casi di dilatazione dello stomaco non determinata da meccanico stringimento del piloro, l'Autore, dal 1.° gennajo 1886 al 1.° aprile 1887, ne ha osservati 40, 22 dei quali (cioè il 55 %) erano complicati con dislocazione del rene destro verso l'alto.

Se in seguito dei disturbi digestivi sopradescritti si costituisce una durevole ectasia dello stomaco, e spesso anche del duodeno, è naturale che per l'aumento di volume di questi organi avvenga uno spostamento nella posizione degli organi limitrofi. Questo spostamento colpisce in modo più immediato e più intenso il fegato che viene ricacciato in alto contro l'apertura inferiore del torace, e colpisce pure in minor grado la milza. Allo spostamento del fegato in alto deve seguire immediatamente lo spostamento nella stessa direzione del rene destro, il quale è strettamente congiunto alla superficie inferiore del fegato mediante il legamento epatico-renale. Se poi anche altre cause si debbano trarre in campo per spiegare il detto spostamento del rene destro verso l'alto, è ciò che l'Autore si prefigge di studiare con appositi esperimenti sul cadavere.

A questo scopo apre il ventre ed esercita sul rene destro in sito e ricoperto dal peritoneo una pressione in direzione dal basso verso l'alto, sin che gli riesce di dislocarlo in modo da farlo scomparire sotto l'arco costale e rispettivamente sotto il fegato. Questa dislocazione non avviene sempre in maniera completa; però si tratta solo di piccole differenze, le quali dipendono più che altro dai legamenti che fissano il rene e dalla lunghezza e resistenza dei vasi, specialmente dell'arteria renale. Dell'apparato legamentoso si deve considerare in prima linea il legamento duodeno-renale, perchè il legamento

epatico-renale non si può opporre ad uno spostamento del rene verso l'alto. — Per studiare ulteriormente il meccanismo di dislocazione sul cadavere, l'Autore cercò di imitare le circostanze che si hanno in vita: a questo scopo legò il digiuno immediatamente al di sotto del duodeno, e con una cannula introdotta nella parte superiore dell'esofago gonfiò lo stomaco e il duodeno a piacimento con aria o con acqua. Appena il duodeno presentava un certo grado di sovrariempimento, in modo che colle sue tonache distese ricoprisse completamente il rene destro, dal quale era separato soltanto mediante il peritoneo, si potè osservare che il rene sfuggiva verso l'alto, la qual cosa avveniva in maggior grado con una distensione più potente del duodeno. La distensione del duodeno provocava la dislocazione del rene precisamente come se la mano lo spingesse dal basso verso l'alto.

Come causa poi della *mobilità* del rene dislocato, oltre ai movimenti respiratorj che debbono avere una grandissima importanza, noi dobbiamo considerare i varj gradi di riempimento e di distensione del duodeno.

Circostanze analoghe si osservano nella dilatazione abnorme e duratura del colon ascendente, in conseguenza della quale si può alle volte avere lo stesso spostamento del rene destro verso l'alto. L'esperimento sul cadavere conferma il fatto.

Nella pompa di Kussmaul noi abbiamo un mezzo che mentre agisce tanto favorevolmente sulla gastroectasia, deve pure impedire per lo meno una ulteriore dislocazione del rene. Una bene adatta fasciatura poi servirà per diminuire o togliere i disturbi che direttamente provengono dallo spostamento, e che consistono specialmente in un senso ottuso di compressione dolorosa, in sintomi neuralgici, ed occasionalmente in parossismi dolorosi simili a coliche.

Discussione. — Nothnagel di Vienna dice di avere osservato spesso l'insufficenza dello stomaco in persone con reni migranti, ma che non può aggiungere nulla di positivo intorno ad un eventuale rapporto causale fra l'una e l'altra malattia. Nel maggior numero dei casi deve trattarsi di una semplice coincidenza.

Quincke di Kiel è pure indotto a considerare la mobilità dei reni come un fatto molto frequente, e spesso associato con dilatazione dello stomaco od altre gastropatie. È d'accordo con Bartels nel ritenere che il momento causale efficiente sia il più spesso la compressione della parte inferiore del torace fatta dagl'imbusti. In allora ciascuna contrazione del diaframma per l'interposizione del fegato compresso fa rilassare il rene destro; contemporaneamente il duodeno rimane schiacciato dall'avanti all'indietro fra il rene e il margine acuto del fegato e così spesso ne risulta una dilatazione dello stomaco da stasi. Anche direttamente mediante la costrizione della parte superiore della cavità addominale fatta dall'imbusto, si disturba lo stomaco nella sua circolazione sanguigna e nei suoi movimenti, risultandone anche altri stati patologici.

XIV. Vogel Alfredo (di Monaco). — **Sulla patologia e terapia della tosse convulsiva.**

Il relatore desidera che la tosse canina sia in avvenire trattata nel capitolo delle malattie d'infezione, quantunque fino ad oggi non sia stato dimostrato il fungo caratteristico. I dati antichi di Hallier, Letzerich e Burger non reggono innanzi ai grandi progressi della moderna batteriologia.

La importanza relativa dei sintomi si è molto modificata nel corso del tempo. Nel secolo passato prevaleva la teoria gastro-patologica. Il vomito era considerato come il sintomo cardinale. In principio del secolo presente prevaleva la teoria neuro-patologica, e l'accesso di tosse convulsiva ebbe il primo posto. La statistica parla per la neurosi in questo senso, che in tutte le epidemie sono colpiti un maggior numero di femmine che di maschi.

Quando l'anatomia patologica ebbe il predominio nelle dottrine riguardanti la medicina clinica, la tosse convulsiva fu considerata come un forte catarro bronchiale; oggi poi si parla di un *catarro infettivo*. Linneo, 150 anni fa, disse che la causa della tosse canina era la inalazione di un contagio animato. Non sono da trascurare le ricerche laringoscopiche di Herff di Darmstadt; essendosi ammalato di *coqueluche*, egli trovò su di sè stesso un catarro della regione interaritnoidea, e in ogni accesso di tosse vide comparire in questo punto un fiocchettino di muco. Col toccamento di quella regione si poteva provocare ad ogni volta un violento accesso di tosse. Le ricerche di altri Autori (Beau, Rehn, Meyer-Hüni, Rossbach) intorno al reperto laringoscopico non concordano minimamente, per cui le alterazioni laringee non si debbono considerare nè come evidenti, nè come costanti.

Le ricerche anatomo-patologiche sono poche. È da menzionare un lavoro di Thaon di Parigi, che nella pneumonite da tosse canina trovò diplococchi e bacilli. Ma dalla descrizione risulta che quei diplococchi non differivano per nessun verso da quelli della pneumonite cruposa, descritti per primo da Friedländer.

Complicazioni. — Marshall descrive 2 casi, in cui la tosse canina era complicata con afasia, stupore, convulsioni ed emiplegia. E. Wagner descrive un caso in cui un ragazzo di 5 anni fu colpito da abbondanti emorragie sottocutanee e delle mucose, emorragie che s'iniziarono dopo la *coqueluche* e continuarono per un corso di 3 anni, ripetendosi una o due volte la settimana, e cessando in fine colla guarigione.

Falls considera la tosse canina come una causa frequente di sordità. In quanto al rapporto della tosse canina col morbillo, gli Autori sono di diversa opinione. Gli uni considerano ambo i contagi come identici, altri non ci trovano nessun rapporto intimo. In causa della frequenza e della lunga durata di tutte e due queste malattie epidemiche, il re-

l'Autore dà la preferenza alla morfina ed al cloralio. Fra gli antizimotici raccomanda i preparati di chinina, e specialmente il tannato di chinina per uso interno e le insufflazioni di chinina.

Discussione (Michael di Amburgo). — La differenza fra i giudizj dei varj laringoscopisti sta in questo, che alcuni hanno fatto le ricerche subito dopo l'accesso, mentre altri hanno lasciato trascorrere un lungo intervallo. Subito dopo l'accesso, si vede la mucosa laringea, specialmente la parete posteriore, molto arrossata. Dopo, il reperto è normale.

La teoria che la tosse canina sia una neurosi reflessa, è molto dubbia. I buoni risultati della terapia insufflatoria si spiegano egualmente, considerando che la polvere insufflata agisce come irritante, e il trattamento non è che derivativo come quello di un senapismo sulla cute.

Per dimostrare obbiettivamente l'effetto della cura, il meglio è di numerare gli accessi che avvengono nelle 24 ore. Su 50 casi trattati colle insufflazioni nel naso e terminati tutti colla guarigione, la durata media della cura fu di 14 giorni. Nel 25 % non si potè riconoscere alcuna influenza speciale delle insufflazioni. Di quei casi che vennero in cura senza avere già in corso la pneumonite, uno soltanto ammalò di pneumonite e guarì. Nessun morto.

Heubner di Lipsia. — L'unico criterio col quale si possa avere una misura obbiettiva dei varj casi di tosse canina è la numerazione esatta e coscienziosa degli accessi quotidiani. Perciò non bisogna fidarsi che delle famiglie in cui le madri o le nutrici abbiano l'intelligenza e la perspicacia necessarie. Presenta una serie di 21 curve di casi di tosse canina di durata varia. Ciò che colpisce innanzi tutto, è la grande uniformità di queste curve. Qualunque cura sia stata eseguita, sia la malattia guarita presto o tardi, si vede in ogni caso la stessa discesa lenta e graduata fino ad estinzione totale. Si vede pure, come la loro forma complessiva differisca ben poco nei vari casi in cui è stata usata atropina o chinina o cocaina o acido fenico. I casi guariti in 4 o 5 settimane hanno pure la stessa curva discendente e graduata di quelli a lunga durata. Tutto questo contrasta con un'influenza medicatrice qualsiasi; si dovrebbe vedere una spezzatura qualunque, vi dovrebbero essere delle discese rapide e acute, per concludere con verosimiglianza all'effetto benefico di una determinata medicatura.

Ungar di Bonn. — Chiama l'attenzione sopra certi casi di tosse canina, nei quali per tutta la durata della malattia manca completamente quella particolare inspirazione fischiante (gemito) che pure è stata considerata come patognomonica per la *coqueluche*, oppure tutt'al più accompagna eccezionalmente qualche accesso. I relativi casi non si scostano per altro in tutto il resto dal quadro generale della malattia, e soltanto il decorso si mostra in genere più mite. Il porgere la dovuta attenzione a questa irregolarità della sintomatologia può essere importante per la diagnosi e per la profilassi; poichè si deve

tenere per fermo che questi casi presentano lo stesso pericolo di contagio degli altri e possono determinare forme gravi della stessa malattia.

Schliep di Baden-Baden. — Raccomanda la cura nella camera pneumatica. Da una serie di osservazioni personali ne trae una risguardante un membro della propria famiglia ed interessante inoltre per il suo particolare decorso: « Una bambina di 8 mesi ammala di tosse canina: diagnosi certa: fino a 17 accessi in una notte: ogni giorno una seduta di due ore, alla solita pressione di 30 centim. di mercurio, durante le quali la bambina dormiva tranquillamente: gli accessi diminuirono subito dopo il principio della cura, e scomparvero dopo 12 sedute. Alcune settimane dopo recidiva, prova che il veleno morboso non aveva abbandonato l'organismo; altra serie di 12 sedute, alla fine delle quali gli accessi non si fecero più vedere ». L'oratore dice di avere spesso occasione di curare casi di *coqueluche*, perchè molti bambini vengono mandati a Baden per il cambiamento d'aria. Il trattamento pneumatico l'ha posto in uso dopo avere conosciuto il lavoro del dott. Sandahl di Stoccolma, il quale nel suo opuscolo dice di aver trattato con questo metodo in 6 anni 102 casi di tosse canina e di averne guariti 88 in 9 sedute al minimo e in 20 al massimo. Di sei casi il risultato è sconosciuto, 8 casi non guarirono per la presenza di complicazioni inflammatorie.

L'azione dell'aria compressa sugli ammalati di tosse canina deve essere doppia: 1.° meccanica, coll'ajutare la scomparsa della iperemia e del catarro e coll'esercitare sui nervi degli organi respiratorj un'azione sedativa, come è stata già osservata in altre malattie; 2.° chimica, col far assorbire dall'emoglobina del sangue una quantità maggiore di ossigeno. Pare certo che l'aumento di CO^2 nell'aria inspirata sia sufficiente per far aumentare la intensità e il numero degli accessi, e ciò forse spiega ancora perchè nelle camere da letto alla notte questi accessi siano più frequenti.

L'oratore continua, aggiungendo di avere avuti buoni risultati in pratica dalla trementina, amministrata secondo la formola di Oesterlen:

Pr.	Trementina di larice	4.0
	Acqua di cinnamomo.	120.0
	Tuorlo d'ovo N. 1	
	Sciroppo semplice	15.0
	Etere acetico	5.0

fa emulsione. Un cucchiajo da tavola o un cucchiaino da caffè, secondo l'età del bambino, tre volte al giorno. Alcuni bambini prendono volentieri questo medicamento, altri contro voglia. Si deve continuare fino a comparsa di un eritema diffuso.

Il dott. Mohn di Cristiania raccomanda i suffumigi con acido solfo-

roso, che egli pratica piuttosto potenti, facendo bruciare 25 gr. di zolfo per ogni metro cubo dell'ambiente e lasciando il gas per 5 ore nella camera chiusa. Dopo l'ambiente viene ventilato, e vi si fa dormire gli ammalati.

Sonnenberger di Worms. — Egli ha avuto contemporaneamente al dott. Demuth di Frankenthal e al dott. Windelband di Colonia e senza che l'uno sapesse dell'altro, la stessa idea di adoperare l'antipirina nella cura della tosse canina. Il fondamento teoretico-razionale è dato: 1.° dall'appartenere l'antipirina alla serie chinolinica, i corpi tutti della qual serie, secondo Binz ed altri Autori, hanno proprietà parassiticide anche dentro l'organismo umano; 2.° per risultare da recenti ricerche che l'antipirina è un mezzo sedativo, un antinervino; 3.° per possedere l'antipirina stessa molto verosimilmente anche proprietà espettoranti. Egli ha veduto in una epidemia molto intensa i casi curati coll'antipirina andare a guarigione in 4 o 5 settimane, aversi solo 6 o 8 accessi leggeri fra il giorno e la notte, e non avere la più piccola complicazione. I bambini prendono il medicamento molto volontieri, la digestione e lo stato generale non si alterano. Petersen ha già dimostrato che piccole dosi di antipirina, appunto come le amministra l'oratore, non agiscono sfavorevolmente sulla digestione. Anche a uso prolungato, egli non ha mai osservato disturbi concomitanti. Nell'acme stessa della malattia, il medicamento agisce con successo; gli accessi si fanno più miti, poi più radi, e la malattia in complesso si mitiga e si abbrevia. Il materiale di osservazione, su cui si appoggia, è di 70-80 casi.

Binz di Bonn commenda la cura della tosse canina col chinino. La difficoltà maggiore della somministrazione sta nel sapore amaro. La forma migliore è in capsule, in pillole o in polvere nell'ostia, se si riesce a ottenere che il bambino non le mastichi. In molti casi si riesce mercè specialmente il tatto e la costanza del medico, e allora in tre o quattro giorni si ha manifesta la diminuzione degli accessi in numero e intensità.

Non si devono dare dosi troppo piccole, come fa Heubner, il quale anche nei bambini più grandicelli non ne amministra più di 30 centigrammi per giorno. Queste son dosi piccolissime in confronto di quelle con cui e l'oratore ed altri hanno avuto ottimi successi. Però — *a fortiori* — i risultati buoni avuti da Heubner sono già sufficenti per fare acquistare la convinzione che dal chinino nella tosse canina si ottenga più e meglio che da tutti gli altri metodi. Heubner poi evita le dosi maggiori, perchè secondo lui facilmente provocano il vomito. Per l'esperienza dell'oratore il vomito si evita coll'aumentare solo gradatamente le dosi, ed anzi il primo indizio del buon risultato della cura consiste prima nella diminuzione, poi nella cessazione degli accessi di vomito caratteristici dell'ipertosse.

Per riparare all'ostacolo del cattivo sapore, l'oratore stesso fin dal

1879 propose il tannato di chinina. Questo preparato non si scioglie quasi affatto nella saliva ed è perciò insipido. Ma ha l'inconveniente di contenere troppo poca base in confronto del solfato e del cloridrato; in commercio v'è del tannato di chinina che contiene solo il 10 % di chinina. Ne dovrebbe contenere il 24 %; ma anche in questo caso bisogna allora amministrare ogni giorno una dose doppia di quella che si darebbe ordinando, p. es., il cloridrato. I risultati sono soddisfacenti, per quanto non siano così solleciti.

Concludendo: 1.° il decorso della ipertosse può essere essenzialmente mitigato ed abbreviato coll'amministrazione di chinino in forma e dose opportune, nelle 24 ore tanti decigrammi quanti anni ha il bambino; 2.° la prognosi è tanto più favorevole quanto più presto si incomincia la cura, l'età del bimbo non fa differenza; 3.° il cloridrato di chinina è il preparato meglio tollerato dallo stomaco, poi viene il solfato; il tannato deve contenere almeno il 24 % di chinino, e deve usarsi solo quando il sapore amaro costituisce un ostacolo insormontabile: la dose deve essere doppia; 4.° è da augurare che fra i nuovi medicamenti analoghi al chinino se ne trovi uno il quale sia altrettanto attivo senza essere così incomodo nella somministrazione.

XV. Finkler (di Bonn). — **Osservazioni intorno al tifo.**

Lo sviluppo del tifo nella clinica di Bonn durante l'inverno 1885-86 ha dato occasione di studiare accuratamente il suo modo di diffondersi. Ecco la storia dei fatti: In Eiffalia (Satzvey) dominava il tifo, ed una donna era venuta dal Reno per assistere la propria figlia ammalata di tifo a Satzvey. Ritornata a casa a Dollendorf, dove fino a quel momento non v'era nessun caso di tifo, ammalò di tifo. Due donne del vicinato l'assisterono, ed ammalarono ambedue di tifo. Nelle abitazioni e famiglie rispettive si svilupparono altri casi, alle epidemie in quelle abitazioni seguirono casi isolati altrove, cosicchè dal principio — agosto 1885 — alla fine della epidemia — inverno 1886 — vi furono nel villaggio incirca 50 o 60 casi di tifo. La propagazione mediante l'acqua potabile è inverosimile, perchè le famiglie si servivano di fontane differenti, e lungo il corso d'acqua che attraversava il villaggio non avvenne alcun caso di malattia. Nei primi casi è dimostrato il contatto personale diretto colla donna ammalata per prima o colla sua casa. La epidemia di Dollendorf mandò i suoi raggi in due direzioni; da una parte verso Bonn, ed ecco come. Tre ammalati di tifo di Dollendorf per la loro gravezza vennero trasportati nella clinica di Bonn nel novembre 1885. Nello stabilimento delle cliniche ammalarono di tifo 4 lavandaje, una gravida che era stata occupata in lavanderia, una gravida che colla precedente era sempre insieme e l'assisteva nella sua malattia, un infermiere, una infermiera che aveva servizio speciale di notte presso i malati di tifo, un'ammalata che giaceva nella stessa sala degli ammalati di tifo. Contemporaneamente

non v'era tifo in Bonn. Nessuna comunicazione fra l'interno e l'esterno dello stabilimento. Le lavandaje ammalatesi di tifo avevano abitazione e vitto comune colle altre inservienti, di cui nessuna ammalò; adoperavano per bevanda la stessa acqua d'acquedotto come tutti gli abitanti dello stabilimento clinico. Egualmente le gravide che si ammalarono avevano abitazione, vitto, ecc. in comune colle altre gravide di cui nessuna ammalò. Le stesse circostanze valgono per il resto del personale che ammalò di tifo, per cui non resta altra cagione che il contagio mediante la lavatura di biancherie che avevano servito per i tifosi, e mediante il contatto diretto coi tifosi medesimi. L'altra direzione che prese l'epidemia di Dollendorf fu mediante le Suore che assistevano gli ammalati di Dollendorf e che portarono il tifo nella loro casa principale che era lo spedale di Königswinter, e in una casa nella quale solevano fermarsi nel fare ritorno al loro domicilio stabile. In questa casa ammalarono 3 bambini, e nello spedale una suora e 3 ammalati. Oltre il contatto colle suore, il contagio potrebbe essere stato trasportato da un bambino che veniva da una famiglia di Dollendorf in cui v'erano stati dei casi di tifo, ma che non era ammalato di questa malattia e che entrava nello spedale per altro morbo. La piccola epidemia — 7 casi — si spense nel gennajo 1886. Nel settembre 1886 nello stesso spedale e nelle case contigue si svolse un'altra epidemia che durò fino al dicembre e comprese 17 casi di malattia. Se si debba mettere in rapporto con quella del gennajo, non si può stabilire con sicurezza; il primo caso colpì un giardiniere che veniva da Eckartsberga in Turingia. Ammalò incirca 3 settimane dopo che aveva lasciato Eckartsberga. Risulta che in Eckartsberga v'era il tifo. La malattia del giardiniere ammalatosi a Königswinter fu un tifo a decorso irregolare. Nel corso di quest'ultima epidemia ammalò un uomo, che giaceva nello spedale per una frattura complicata della coscia. Fu congedato guarito nel novembre 1886, e andò a casa sua vicino a Bennert. Nel marzo 1887 in questa casa si sviluppò il tifo, così che è verosimile un lungo stadio di latenza del germe tifoso nei convalescenti.

Da questa osservazione si conclude che il tifo è direttamente contagioso, che il tifo può essere trasportato da persone sane e da convalescenti, e che la vitalità del germe tifoso perdura lungo tempo.

XVI. Fleischer R. (di Erlangen). — **Contribuzione alla patologia sperimentale dei reni.**

Il relatore accenna alle obbiezioni che con ragione sono state mosse agli esperimenti sugli animali fino ad ora eseguiti per chiarire alcuni punti della patologia renale e specialmente le questioni relative all'uremia, all'ipertrofia del cuore ed agli edemi. La legatura dei due ureteri o l'estirpazione dei reni sono mezzi troppo radicali per poterne comparare gli effetti a quelli che si ottengono da una malattia lenta

e progressiva; inoltre gli atti operatorj stessi sono molto gravi, spesso seguiti da disturbi consecutivi speciali. Per iscansare questi appunti, egli ha in un gran numero di cani estirpato il rene di un lato, e dopo completa guarigione della ferita, introdotto nell'uretere dell'altro rene un apparecchio col quale poterne chiudere in tutto o in parte il lume, quando l'animale era di nuovo guarito. Ha fatto inoltre fistole dell'uretere, le quali venivano chiuse parzialmente in modo da aversi un accumulo graduato delle scorie del ricambio organico. Sintomi uremici compariscono allora soltanto che la soppressione della funzione renale sia avvenuta gradatamente. Nella solita istantanea legatura completa mancava o l'uno o l'altro dei sintomi caratteristici.

La injezione di sali di potassa o di sali dell'urina determina un complesso sintomatico analogo, nel quale non manca mai il vomito. Il principio dell'accesso è accompagnato da impallidimento delle congiuntive, del fondo dell'occhio e della lingua, miosi e forte anemia della pelle e del tessuto cellulare sottocutaneo. Molti animali vennero uccisi o al principio dell'accesso, o nell'acme del medesimo, o nel più profondo coma, e l'autopsia subito eseguita. Emergeva la ineguale distribuzione del liquido sanguigno in varie fasi: anemia del cervello delle meningi e del midollo allungato, anemia polmonare o in altri casi forte iperemia, anemia dei reni. Nei casi, nei quali qualche tempo prima della morte era stata sciolta la legatura degli ureteri, si constatava o iperemia o anemia (crampo vascolare persistente). Poi si rilevava anemia del tessuto cellulare sottocutaneo e della pelle, iperemia del fegato. Dall'anemia del sistema nervoso centrale derivano tutti i sintomi. La distribuzione ineguale del sangue si deve attribuire a irritamento del centro vaso-motorio. Il relatore aggiunge che queste osservazioni gettano luce sopra la comparsa di certi accessi ecclampsici.

XVII. Kühne H. (di Wiesbaden). — **Sulla presenza della forma spirocetica del comma-bacillo di Koch nel tessuto dell'intestino cholerico, e sull'impiego della fluoresceina nei preparati microscopici.**

L'oratore dice che dopo di avere ricercato inutilmente i bacilli di Koch nel materiale proveniente dalle epidemie di Parigi e di Palermo, rimase molto sorpreso di trovare subito nei primi tagli dell'intestino cholerico di Finthen dei comma-bacilli non soltanto identici a quelli di Koch, ma anche delle forme spirocetiche dei medesimi, quali appena si ritrovano nelle loro vecchie colture. Questo intestino cholerico di Finthen si distingueva già macroscopicamente in maniera molto evidente dagli altri intestini prima esaminati, era di colore rosso-bruno oscuro, grosso 2-3 millimetri, fungoso, qualità che conservava anche dopo il soggiorno di mesi nell'alcool, mentre di regola l'intestino colerico è di colorito roseo, non è ingrossato, e nell'alcool

assume prontamente una colorazione bianchiccia. L'esame microscopico dimostrò mancanza dell'epitelio nei villi, distacco del medesimo nelle glandole di Lieberkühn, allargamento delle maglie del tessuto, forte iperemia venosa con considerevole dilatazione vascolare specialmente nel tessuto sotto-mucoso senza caratteri infiammatorj di rilievo. Il bacillo di Koch e le forme spirocetiche di esso si trovarono misti con altre forme, specialmente nel tessuto mucoso e sotto-mucoso, come pure nei fasci di tessuto connettivo che dalla sotto-mucosa si approfondano nella muscolare. Nei vasi non furono trovati, e solo di rado, e superficialmente nei follicoli.

Poco tempo dopo l'oratore ebbe occasione di esaminare un pezzo d'intestino tenue di un caso di cholera avvenuto a Trieste. Era bianchiccio e sottile, meno una piccola porzione più spessa e di colore giallognolo che fu esaminata per prima. In questa porzione furono ritrovati bacilli ricurvi, alcuni dei quali somigliantissimi a quelli di Koch, e inoltre delle forme spirocetiche del bacillo stesso.

In un terzo caso proveniente dall'epidemia di Suez e che era nell'alcool fino dal 1881, si trovò appunto in un pezzo d'intestino tenue un tratto ingrossato e giallo di poca estensione, il quale all'esame microscopico si trovò essere costituito soltanto dalla muscolare e dalla sierosa, alla prima delle quali aderiva appena qualche brandello di sotto-mucosa; conteneva solamente nelle vene dei bacilli grossi e simili a quelli del carbonchio. Nel resto dell'intestino che era sottile e bianchiccio, sui villi e nelle glandole si trovarono gli stessi bacilli. Qualche altra forma si riscontrava qua e là e solo alla superficie. Anche qui come negli altri casi l'epitelio era dappertutto esfogliato.

Un altro pezzo d'intestino cholerico, proveniente da Trieste, complessivamente ingrossato e di color giallo mostrava dappertutto le stesse alterazioni isto-patologiche dell'intestino di Finthen, cioè una grande copia di bacteri differentissimi, e fra essi alcuni ricurvi, brevi ed altri a forma spirocetica, fra cui taluni morfologicamente molto analoghi al comma-bacillo di Koch.

Il confronto dei 4 casi esaminati mostra in tutti lo stesso sfaldamento dell'epitelio ed in complesso molta uniformità anche nelle altre alterazioni patologiche; le forme di bacteri penetrati nei tessuti non concordano invece in due casi, e solo nell'intestino Fintheneriano si potè stabilire con sicurezza la identità morfologica coi bacilli di Koch della maggior parte dei bacilli ricurvi riscontrati. Queste osservazioni dimostrano inoltre la penetrazione più facile dei bacteri nel tessuto iperemico edematoso e in condizione di stasi. Soltanto in questo tessuto avente condizioni di depressa vitalità compariscono forme spirocetiche, le quali possono essersi sviluppate durante la vita o *post mortem*, ma pur sempre in un tempo in cui la vitalità del tessuto era scemata. La comparsa di una stasi così intensa e così diffusa come nel caso di Finthen, è rara; invece la stasi stessa in limiti più mode-

rati si presenta frequentemente, e deve attribuirsi alle stesse cagioni che durante il processo cholerico operano in altri organi consimili alterazioni. Alla penetrazione del bacilli nel tessuto dell'intestino oltre lo strato epiteliare, non si può a stretto senso dare una grande importanza nella patogenia del processo cholerico, invece se ne può dare nella produzione del cosidetto colera-tifoide. Non si viene a togliere con ciò importanza ai bacilli di Koch come *causa morbi*, in quanto che se anche non facessero altro che esfoliare in grande estensione l'intestino del suo epitelio, il processo cholerico mercè questa esfoliazione molto intensa e diffusa si lascia comprendere chiarissimamente. Merita molta attenzione la grande somiglianza dei sintomi del cholera con quelli delle estese bruciature cutanee. Tanto là che qua, al denudamento di estese regioni dai relativi epiteli corrisponde l'abbassamento iniziale della temperatura generale e la comparsa di iperemie negli organi più differenti, nel colera esantemi, nelle bruciature diarree e ulcerazioni duodenali, vivace irritazione delle superficie lese con successiva febbre traumatica dipendente da infezione secondaria.

Si aggiunga ora la grande perdita di acqua che si ha nel cholera e il conseguente addensamento del sangue, e appena ci sarà bisogno della disposizione alle diverse infezioni acquisita mercè la desquammazione epiteliare dell'intestino per intendere l'essenza del processo cholerico. Le affezioni tifoidi e difteriche che compariscono così spesso nel cholera sono da considerarsi come infezioni secondarie.

L'abbondantissimo materiale di Finthen ha servito inoltre al relatore per stabilire il modo di comportarsi dei comma-bacilli di Koch e delle altre forme concomitanti col violetto di metile, colla fucsina e col bleu di metilene. Per colorire i comma-bacilli di Koch e le forme spirillari che ne dipendono serve meglio di tutti l'azzurro di metilene' mentre il violetto di metile e la fucsina non si raccomandano a questo riguardo.

Si userà preferibilmente il seguente metodo. Le sezioni, messe prima nell'alcool per liberarle dall'acqua, si lasceranno per 10-15 minuti in una soluzione di azzurro di metilene alcalina molto scura di colorito, preparata coll'aggiungere ad una soluzione acquosa concentrata di bleu di metilene una soluzione di carbonato d'ammoniaca all'1 %.

Dopo di avere risciacquato le sezioni nell'acqua si scelgono le più sottili e le più debolmente colorate e si mettono nell'alcool di bleu di metilene, mentre per quelle più colorite si adopera alcool puro. Dopo che abbiano assunto la sfumatura di colore che si desidera, si portano per il rischiaramento nell'olio di garofani; e ove questo non sia sufficiente, si adopera allora olio di garofani con fluoresceina, il quale non solo agisce più potentemente, ma impartisce anche al protoplasma un bel colore verde-chiaro. Poi si lava l'olio di garofani con un olio etereo come quello di trementina o di timo, e si toglie completamente l'olio col xilolo, con che il preparato è bell'e pronto per

essere montato nel balsamo del Canadà. Le sezioni invece grossette e potentemente colorate si rischiarano meglio con una soluzione acida debole, p. es., di acido cloridrico all'1 p. 500 o anche all'1 p. 1000. Dopo una buona lavatura nell'acqua si prestano meglio per preparati a secco, ma in caso che non si volessero si mettono nell'alcool di bleu di metilene e poi si opera come sopra.

Questi bacilli si colorano facilmente anche dentro ai tessuti, e ciò risulta dal seguente esperimento. Se si pongono le sezioni in una tenue soluzione alcoolica di azzurro di metilene, e si osserva attentamente l'istante in cui assumono una sufficiente colorazione senza oltrepassarla, e dopo risciacquatura nell'acqua se ne traggono preparati a secco, si veggono i comma-bacilli molto bene coloriti. Le forme ricurve esistenti nei due casi di Trieste si colorirono bene con questo sistema. Da questi risultati appare manifestamente la facile colorabilità dei comma-bacilli di Koch entro ai tessuti; dove quella non apparisce, questi non ci devono essere.

Si è creduto per molto tempo che il bacillo del moccio fosse difficile da colorare, ma intanto sotto questo rapporto si comporta in maniera del tutto simile al bacillo di Koch, se si prende anche in considerazione la facilità di cedere all'alcool una parte della sostanza colorante. Perciò si raccomanda piuttosto il rischiaramento fatto cogli acidi deboli con immersione successiva nell'alcool di azzurro di metilene oppure la preparazione a secco, se si vuole conoscere semplicemente la quantità dei bacilli senza avere riguardo ai rapporti di situazione.

Anche i bacilli del tifo si colorano bene e facilmente con questo metodo, quando si espongano in antecedenza per alcuni minuti all'azione di una soluzione acquosa concentrata di acido ossalico.

Finalmente il relatore raccomanda vivamente il suo metodo di rischiarare colla fluoresceina i preparati al violetto di metilene. Le sezioni si lasciano per 5-10 minuti in una soluzione cupa alcalina di violetto di metilene, dopo risciacquatura nell'acqua vengono trattate colla soluzione jodica, poi di nuovo lavate nell'acqua e finalmente messe nell'alcool di fluoresceina, fin che rimangono quasi del tutto decolorate, il resto della sostanza colorante si allontana coll'alcool puro e coll'olio di garofani.

Mancanza sicura di precipitazione della sostanza colorante e potensimo rischiaramento, come pure la pronta remozione della coloritura, assicurano a questo metodo un uso estesissimo. Se si vuole colorazione doppia, allora si colora o con vesuvina dopo o con carmino prima, e in questo caso si preferisca il carminio neutro o quello acidulato con l'acido cloridrico, evitando sempre il carminio alluminato.

XVIII. FRENKEL (di Dornheim). — **La respirazione permanente di aria fresca.** — Contribuzione alla terapia e profilassi delle affezioni polmonari.

Sta il fatto irrevocabilmente assodato che il miglioramento o la guarigione della tubercolosi cronica si può ottenere esclusivamente nei luoghi climatici di cura, rispettivamente nelle case di salute chiuse (?!). Dall'apprezzamento critico dei risultati della terapia climatica emerge come il principale fattore di cura sia la respirazione abbondante e continuata di aria atmosferica fresca e pura. Il punto di vista etiologico esige aria priva di bacilli del tubercolo, ed ulteriormente aria priva di micro-organismi in genere e di quei miscugli meccanici che possono favorire la germinazione e lo sviluppo del fungo specifico. Merita pertanto l'attenzione dei medici un apparecchio costruito da Giulio Wolff (Gross-Gerau presso Darmstadt), il quale permette l'introduzione nei polmoni di aria esterna filtrata in maniera non interrotta e adoperabile anche durante la notte senza impedimento del sonno. Il ritorno dell'aria espirata dentro ai polmoni è completamente escluso. La temperatura dell'aria inspirata può essere regolata a piacere mediante l'allungamento dei tubi di conduzione. L'apparecchio è trasportabile ovunque in pochi minuti, il suo uso non impedisce di mangiare, di parlare, e qualunque altra occupazione. Le esperienze terapeutiche, finora fatte, quantunque non molto numerose, sono promettenti. Diminuzione della tosse, limitazione della secrezione, aumento dell'appetito, sonno tranquillo, diminuzione della febbre, ecco i fatti spesso constatati. Per la profilassi è importante la circostanza che durante l'uso dell'apparecchio i polmoni sono perfettamente isolati dall'aria della camera che circonda l'individuo. Si può fare anche la inalazione dei medicamenti opportuni.

XIX. v. MERING (di Strasburgo). — **Sul diabete mellito.**

Per ricerche precedenti dell'Autore è dimostrato che si riesce colla floridzina a rendere artificialmente i cani diabetici anche quando per digiuno continuato sia scomparso il glicogeno dal fegato e dai muscoli, come pure si può ottenere lo stesso effetto nelle oche a cui si sia estirpato il fegato. Inoltre lo stesso Autore avea dimostrato che malgrado una nutrizione abbondante dopo l'amministrazione della floridzina non si trovavano nel fegato degli animali che piccole quantità di glicogene.

Avendo l'Autore continuato le sue ricerche, egli assegna alla floridzina la proprietà di fare scomparire il glicogeno dagli organi. Ed ecco come si procede per avere, p. es., un cane privo di glicogeno: dopo di aver fatto digiunare l'animale per 2 giorni, lo si rende diabetico colla floridzina (1 gr. di questa sostanza per ogni chilogr. del peso del corpo), e dopo 48-72 ore la glucosuria è terminata e l'animale è privo di glicogeno, in tre esperimenti non essendosi potuto dimostrare gli-

cogeno nè nei muscoli nè nel fegato. Prima, per togliere con sicurezza al fegato tutto il suo glicogene, occorreva un digiuno di almeno 20 giorni, oppure conveniva assoggettare l'animale a sforzi muscolari eccessivi e prolungati.

Seguendo questo metodo, l'Autore dopo di avere ottenuto dei cani privi di glicogeno amministrava loro di nuovo la floridzina e poi ricercava nello stato di digiuno il quantitativo della eliminazione zuccherina e della distruzione albuminoide.

Un grosso e magro cane da caccia del peso di 20 chlogr. si fa digiunare per 3 giorni e poi riceve 20 gr. di floridzina. Nelle 48 ore successive elimina 75 gr. di zucchero. Due giorni più tardi, cioè dopo 7 giorni di digiuno, il lunedì 10 gennaio, alle 6 di sera, in un tempo cioè in cui sicuramente l'animale era privo di idrato di carbonio, gli si amministrano di nuovo 20 gr. di floridzina. L'orina si evacua col catetere. Martedì 11 gennaio, alle 9 1/2 del mattino, 125 c. c. di urina con 10 per 100 di zucchero. Alle 3 pom., 80 c. c. di urina con peso specifico 1077, zucchero 15,9 per 100, azoto 2,5 per 100, urea 5,4 per 100. Alle 6 p., 30 c. c urina, p. spec. 1097, zucchero 19 per 100, urea 8,5 per 100. A mezzanotte, 60 c. c. urina, p. spec. 1100, zucchero 13,3 per 100, urea 9,5 per 100. Mercoledì 12 gennaio, a ore 9 1/2 antim., 100 c. c. urina, p. spec. 1080, zucchero 9 per 100, urea 8,4 gr. La sera 66 c. c. di urina con 2,4 per 100 di zucchero. Dunque nel primo giorno furono eliminati 31 gr. di zucchero e nel secondo altri 19,5 gr. Giovedì 13 gennaio, essendo di nuovo stata data floridzina e contemporaneamente idrato di cloralio, l'animale eliminò un'orina che conteneva 10 per 100 di zucchero e 5 per 100 di acido urocloralico.

I risultati più importanti di questo esperimento sono i seguenti:

L'animale, il cui organismo privo di idrati di carbonio è costituito solamente da albuminoidi e da grassi, elimina sotto l'influenza della floridzina e nello stato di digiuno quantità considerevoli di zucchero; l'urina contiene fino il 19 per 100 di zucchero, proporzione che non si osserva nemmeno nei casi più gravi di diabete. Siccome ai 10 gennaio l'idrato di carbonio era completamente scomparso, lo zucchero eliminato l'11 gennaio durante il digiuno non può derivare che dalla scomposizione della carne o del grasso. Secondo l'opinione dell'Autore lo zucchero non dipende dalla decomposizione del grasso, ma da quella dell'albumina, e la sua opinione è fondata sulle seguenti considerazioni:

La introduzione di grasso non aumenta la eliminazione zuccherina nè nel diabete da floridzina nè nei casi più gravi di diabete mellito, invece l'aumento nella introduzione degli albuminoidi ha per conseguenza un aumento della eliminazione zuccherina. Inoltre si sa per gli esperimenti di Pettenkofer e Voit, che il diabetico, il quale durante lo stato di digiuno elimina considerevoli quantità di zucchero, esala dalla superficie respiratoria minore quantità di CO^2 dell'uomo normale,

quantunque decomponga abbondantemente l'albumina. La diminuzione nella quantità di CO^2 esalato dimostra che il consumo del grasso nel diabetico non è abnormemente grande.

Ma se noi vogliamo pensare che dalla distruzione del grasso dipenda lo zucchero dell'urina, noi dovremmo supporre una decomposizione del grasso straordinariamente grande. Per la produzione dello zucchero si deve considerare solamente la glicerina del grasso (9 per 100) non l'acido grasso. Con 100 gr. di grasso si possono formare incirca 9 gr. di zucchero. Sotto l'influenza della floridzina nel primo giorno di esperimento si sono formati 31 gram. di zucchero. Quindi l'animale avrebbe dovuto consumare 350 gr. di grasso. Ammettendo questo, la produzione di calore dagli acidi grassi contenuti in 350 gr. di grasso avrebbe dovuto salire al triplo incirca del normale; ma siccome la temperatura dell'animale durante il periodo di diabete provocato dalla floridzina non si aumentò per nulla, nè tanto meno si verificò un accrescimento nella frequenza degli atti respiratorii, così si può escludere con sicurezza una decomposizione abnorme del grasso dell'organismo.

Queste considerazioni dimostrano dunque che lo zucchero deriva dalla decomposizione dei corpi albumidoidei. Conoscendo la quantità di azoto contenuto nell'orina, si può determinare la quantità di albuminoidi decomposti. 100 gr. di carne o 20 gr. di albumina con 3,4 di azoto, lasciano, dopo di avere abbandonato l'azoto come urea, tanto carbonio libero, da poterne ottenere coll'aggiunta della necessaria quantità di acqua 27 gr. di zucchero. Teoreticamente dunque dall'albumina sopra ogni grammo di azoto possono venire fuori 8 gr. di zucchero, oppure sopra ogni grammo di urea 4 grammi di zucchero. Nell'esperimento in questione a un certo momento vi fu nell'orina 15,9 per 100 di zucchero e 2,5 per 100 di azoto. Uno scettico potrebbe affacciare l'obbiezione che lo zucchero eliminato dipendesse dallo zucchero contenuto nella floridzina (1). Da 20 gr. di floridzina si possono avere 7 gr. di zucchero. Siccome dunque nelle 48 ore immediatamente successive alla somministrazione della floridzina l'animale eliminò 50,5 gr. di zucchero, così l'obbiezione cade di per sè. Dal predetto esperimento risulta dunque che nell'albumina è contenuto un discreto complesso di idrato di carbonio, e siamo autorizzati a ritenere che la parte non azotata dell'albumina contenga per lo meno 2/3 di idrato di carbonio.

Mediante queste ricerche che gettano luce sulla costituzione dell'albumina, l'albumina stessa si lascia designare come un glicoside, il quale nello scomporsi, oltre al carbonato di ammoniaca che colla sottrazione di acqua si trasforma direttamente in urea, lascia libero principalmente idrato di carbonio.

---

(1) Difatti la floridzina è un glicoside che si ritrova nella scorza delle radici dei meli e dei ciliegi. (*Nota del Trad.*)

L'Autore è persuaso che la chimica giungerà a produrre artificialmente coll'albumina degli idrati di carbonio o degli acidi di idrato di carbonio.

Sta in fatto che nell'organismo (astrazione fatta dal grasso introdotto coll'alimento) si forma grasso tanto dall'idrato di carbonio quanto dall'albumina. Ora che noi sappiamo che il residuo non azotato dell'albumina si compone in massima parte di idrato di carbonio, si capisce facilmente come nella decomposizione dell'albumina si possa formare grasso. Si può supporre che, decomponendosi l'albumina, l'idrato di carbonio che ne resulta serva alla produzione del grasso. Si può pensare inoltre che il grasso, il quale non sia portato direttamente entro l'organismo mediante gli alimenti, derivi tutto dall'idrato di carbonio, sia poi che questo idrato di carbonio sia stato assunto coll'alimento, o si sia formato entro l'organismo per decomposizione dell'albumina. In condizioni normali dall'albumina si produce idrato di carbonio in gran copia; l'idrato di carbonio o viene bruciato nei tessuti o viene accumulato come glicogeno e rispettivamente come grasso,

Si domanda ora se dalle predette ricerche si possano trarre conclusioni per il diabete mellito nell'uomo. Il diabete mellito dovrebbe dipendere o da una produzione di zucchero abnormemente aumentata, o da una distruzione di zucchero abnormemente diminuita. Ambe le teorie hanno un gran numero di fautori. Nella cosidetta forma leggera del diabete, nella quale comparisce lo zucchero nell'orina soltanto durante una dieta amilacea, lo zucchero introdotto coll'alimento si elimina coll'orina indecomposto, e la grandezza della eliminazione zuccherina è essenzialmente proporzionale alla introduzione zuccherina. Non è per altro completamente sospesa la distruzione dello zucchero introdotto. Il diabetico di forma mite decompone pur sempre una certa quantità dello zucchero introdotto coll'alimento, e possiede ancora la capacità di consumare od impiegare agli usi fisiologici tutto lo zucchero derivante dalla decomposizione degli albuminoidi. Nella forma mite del diabete non si tratta dunque di un aumento nella produzione o formazione dello zucchero, ma bensì soltanto di una diminuzione o abbassamento della facoltà di trasformare e consumare lo zucchero introdotto.

I diabetici di forma grave anche a pura dieta albuminoide eliminano zucchero, e anzi l'aumento dell'introduzione albuminoide ha per conseguenza un aumento nella eliminazione dello zucchero; però continuano ad avere spesso, non sempre, la capacità di trasformare o consumare una discreta quantità dello zucchero o della sostanza amilacea introdotta coll'alimentazione.

Da parecchi anni l'Autore in un gran numero di diabetici a forma grave tenuti a regime carneo assoluto ha determinato lo zucchero e l'azoto contenuti nell'urina e confrontato i numeri proporzionali a cento.

Ha osservato che sopra 1 gr. di urea v'è un gr. di zucchero o poco più, ma non ha mai trovato che sopra 1 gr. di urea vi fosse 1,5 gr. di zucchero o più, mentre nelle ricerche colla floridzina sopra 1 gr. di urea v'era spesso 2 gr. di zucchero, e anzi nell'esperimento riportato fino a 2,5 grammi di zucchero il che dimostra che anche nel diabete grave una grande quantità dello zucchero proveniente dall'albumina viene decomposto.

Dobbiamo pertanto ammettere che anche nella forma grave del diabete non si abbia nessuna produzione esagerata di zucchero; e la distruzione o decomposizione di quello che in via fisiologica si produce dall'albumina sia non sospesa ma solo diminuita.

La essenza del diabete mellito sta dunque non in una produzione anormale di zucchero, ma nella incapacità di trasformare secondo gli usi fisiologici tutto lo zucchero formatosi. Lo zucchero che si trova nell'orina di un diabetico o è stato introdotto coll'alimento o è derivato normalmente dalle sostanze albuminoidi.

Dalla stessa quantità di albumina che un diabetico decompone, non si produce maggiore quantità di zucchero che in un uomo sano. Ma nel diabetico è discesa sotto alla norma la capacità di adoperare quello zucchero, sia per accumularlo allo stato di glicogene o di grasso, sia per bruciarlo nei tessuti.

L'Autore aggiunge che più volte nel diabete da floridzina ha trovato nell'urina acetone in discreta quantità, ed una volta potè dimostrare l'acido ossibutirrico, come pure che si riesce nell'uomo dopo l'assunzione di 15 o 20 gr. di floridzina a ottenere zucchero nell'urina nella proporzione di 6-8 per 100, senza che lo stato generale sia alterato.

XX. Cahn (di Strasburgo). — **Intorno agli acidi dello stomaco carcinomatoso.**

Il relatore dimostra che le stesse obbiezioni che si sono mosse all'uso del violetto di metil-anilina per dimostrare l'acido cloridrico nel contenuto gastrico valgono a miglior ragione contro il rosso di Congo recentemente raccomandato. Per le proprie ricerche fatte in collaborazione con v. Mering la presenza dell'HCl nel carcinoma è dimostrata. La esattezza dei metodi seguiti è corroborata dal fatto che le risultanze concordano pienamente con quelle ottenute dal metodo di Bidder e Schmidt. Il relatore formula il teorema che la presenza dell'acido cloridrico nello stomaco carcinomatoso sia così sicura come la esistenza dell'acido cloridrico nel succo gastrico.

Ma la significazione diagnostica delle reazioni colle sostanze coloranti esige una limitazione; poichè si trovano dei casi di carcinoma sicuramente comprovato in cui la reazione manca positivamente. Il relatore presenta numerosi campioni di filtrati di contenuto gastrico appartenenti a un individuo ammalato di carcinoma del piloro. Una parte di quei campioni coloriva in azzurro la carta di Congo e digeriva bene

l'albume aggiunto; un'altra parte lasciava la carta rossa e digeriva male. Per ambe le serie furono determinati i valori quantitativi dell'acido cloridrico, degli acidi organici e dei peptoni; con queste cifre Cahn potè dimostrare, che la mancanza della reazione e dell'attività digestiva stava in relazione con un contenuto relativamente alto di prodotti digestivi, e inversamente la reazione colorante positiva e la buona attività peptica stavano in relazione con un contenuto infimo di prodotti digestivi (1). In questo caso la diagnosi di carcinoma dello stomaco fu posta in sodo dalla gastro-enterotomia fatta da H. Lücke. Sul risultato favorevole di questa operazione il Relatore conclude che le conseguenze determinate nell'organismo dal cancro del piloro sono fondamentalmente di ordine meccanico, e i disturbi del chimismo della digestione non hanno che un'importanza subordinata. Appena è ristabilita la comunicazione fra stomaco ed intestino, i malati si rianno, anche se il carcinoma resta nel corpo.

Discussione (Riegel di Giessen). — Avendo il Cahn già pubblicato queste ricerche, egli ha incaricato i suoi assistenti Honigmann e von Noorden a ripeterle, e sui risultati avuti non vuole ora dir nulla. Egli vuole soltanto rallegrarsi, che il Cahn sia riuscito a dimostrare l'acido cloridrico nel carcinoma, quantunque quasi senza eccezione le carte coloranti rimangano silenziose e quantunque il succo gastrico dei carcinomatosi quasi mai dimostri una potenza digestiva qualunque. Dunque si presentano due possibilità: o nel carcinoma non si forma acido cloridrico, o l'acido cloridrico si forma, ma speciali circostanze si oppongono al manifestarsi delle sue reazioni. Rimane inalterato il fatto che nel carcinoma dello stomaco colle carte o reagenti colorati l'HCl non è dimostrabile. L'oratore non ha mai pensato che nel carcinoma non si formi acido cloridrico, ma ha stabilito che nel succo gastrico carcinomatoso in opposizione al succo gastrico della maggior parte delle malattie di stomaco non si può dimostrare HCl libero mediante i reagenti colorati, e che il succo gastrico dei carcinomatosi non possiede attività peptica. Come per lo innanzi egli seguita a ritenere che questa mancanza delle reazioni e dell'attività digerente sia per il carcinoma un segno di grande valore. Se si dica in contrario che anche in altre malattie non si trova HCl libero e che perciò questa mancanza non è patognomonica per il cancro, egli allora risponde che le poche forme morbose in cui finora è stata riconosciuta la mancanza di HCl libero non permettono uno scambio col carcinoma. Esse sono la degenerazione amiloide di alto grado della mucosa gastrica, la gastrite tossica, l'itterizia permanente da riassorbimento, ed eventualmente la febbre. In nessuna altra affezione, malgrado più migliaja di ricerche individuali, egli ha trovato mancare in

(1) In questo malato di carcinoma si potè dimostrare una ipersecrezione del succo gastrico.

modo duraturo l'acido cloridrico libero e la potenza peptica del succo gastrico.

Se oggi il Cahn ha presentato un caso, nel quale quantunque ci fosse un carcinoma si trovava HCl libero, questo caso deve essere considerato come una eccezione straordinariamente rara. Vi stanno contro 100 casi di carcinoma esaminati spessissimo. E però il valore diagnostico di quel segno resta inalterato.

v. Noorden di Giessen riferisce intorno alle ricerche fatte nel laboratorio clinico di Riegel in unione al dott. Honigmann. Essi hanno trovato, d'accordo con Cahn e v. Mering, che nel succo gastrico carcinomatoso 6 ore dopo il pasto e dopo d'avere allontanato l'acido lattico e gli acidi instabili colla estrazione eterea e colla distillazione rimane ancora un residuo acido, la cui acidità è stata considerata come derivante da HCl. Ma siccome questo residuo acido non ha influenza colorante nè sulla tropeolina, nè sul violetto di metile, nè sul rosso di Congo, e, cosa molto importante, non è in grado di digerire l'albumina, così gli esperimentatori sono d'avviso che non si tratti di HCl libero, ma di qualche combinazione organica dell'HCl e precisamente di un albuminato.

v. Mering osserva che la mancanza della reazione col violetto di metile può avere una certa importanza diagnostica per il carcinoma di stomaco, ma che è un errore il volerne concludere che il succo gastrico corrispondente manchi di acido cloridrico; poichè il succo gastrico carcinomatoso contiene ordinariamente acido cloridrico come gli hanno dimostrato le ricerche proprie e di Cahn, eseguite col metodo della decantazione e della cinconina, e soltanto la sua presenza non è rilevata dai colori di anilina, perchè altri corpi come il peptone, ecc. impediscono alla reazione di manifestarsi.

G. Sticker di Colonia, appoggia in genere le idee di Riegel.

Cahn, per provare che la mancanza delle reazioni di Velden nel carcinoma, non è poi così straordinariamente rara come dice Riegel, cita un caso osservato già da Kussmaul ed altre osservazioni personali.

XXI. Franz (di Liebenstein). — **Lavoro muscolare o riposo per i malati di cuore?**

Un'idea così fondamentalmente nuova, come è per la terapia delle affezioni cardiache croniche la cessazione dell'antico precetto « riposo e riguardo » e il passaggio ad un trattamento più attivo, non può farsi strada senza lotta. È deplorevole che i fautori del nuovo indirizzo allontanino l'interesse dei circoli medici da questa importante questione colle loro futili questioni di priorità e con modificazioni per nulla essenziali di questo o quel metodo. Più appropriati per il trattamento col lavoro appariscono in genere i vizj valvolari e il cuore grasso, in cui, coll'opportuno alternare dell'esercizio col riposo e col riguardo, deve ottenersi un aumento dell'attività cardiaca.

L'insegnamento fisiologico che il lavoro muscolare acceleri il polso, non corrisponde in tutto ai fatti. Incirca 5 anni fa, l'Autore osservò sopra un malato di cuore che a respirazione tranquilla un movimento poderoso ma eseguito pacatamente come la ginnastica o il salire operava rinforzando e rallentando il polso. Ricerche di consimili diedero egual risultato anche nel sano, così che parve, come se il muscolo cardiaco regolasse la forza e il ritmo delle sue contrazioni sulla maniera di lavorare dei muscoli volontarj agenti contemporaneamente. Gli parve pertanto di trovare la spiegazione dell'azione curativa della ginnastica raccomandata prima da Stokes e più tardi da Schott, come pure delle ascensioni montane preferite da Oertel.

Non è il lavoro che nuoce al cuore malato, bensì la difettosa maniera di lavorare; non è il *quanto*, ma il *come*. Contrazioni precipitose ed incompiute, che non isvuotano completamente il ventricolo disteso e frammezzo alle quali non v'è pausa sufficiente per l'allontanamento dei prodotti di riduzione, affaticano il muscolo cardiaco; contrazioni più rare e più potenti, che rimpiccolendo la cavità ventricolare ne sottraggono le pareti alla pressione esuberante e cui, secondo le leggi fisiologiche, segue un prolungamento della pausa diastolica, riposano meglio il muscolo cardiaco, quantunque sia maggiore il lavoro unitario, perchè durante la diastole prolungata una maggiore quantità di sangue nutritizio ha tempo di sboccare dalle vene nella carne del cuore. Nel lavoro fatto dal cuore in condizioni fisiologiche basta la pausa che intercede fra due contrazioni per tenere lontano qualunque affaticamento; ma nel lavoro eccessivo come è richiesto al cuore dai vizj valvolari sarebbe necessaria una pausa più lunga.

Per il trattamento della dilatazione proveniente da insufficenza cardiaca è importante la seguente considerazione: *nel riposo*, vale a dire senza lo sprone di uno stimolo più potente, come la ginnastica e le ascensioni sono in grado di esercitare, il muscolo cardiaco colle sue contrazioni è insufficente a rimpiccolire il cuore fino al suo minimo fisiologico. Ma se mediante un lavoro muscolare energico purchè pacatamente eseguito il cuore stesso sia stimolato a contrazioni più vive o più energiche, e in conseguenza dell'azione rallentatrice del polso di cotesto lavoro si aumenti la lunghezza della diastole. A spiegare il quale effetto sta il fatto che la pressione arteriosa aumentata dal lavoro muscolare costituisce uno stimolo naturale per il centro del vago: allora ogni contrazione svuota meglio le cavità cardiache dal sangue esuberante, e si toglie intanto ogni motivo all'aumento della dilatazione. Poi, in seguito all'elevamento della pressione arteriosa, cresce la velocità della corrente circolatoria dapprima nelle arterie, dopo una serie di queste sistoli più energiche l'acceleramento della circolazione si propaga dai capillari nelle vene, finchè si ottiene tutta una migliore distribuzione del liquido sanguigno nel complesso dell'apparecchio vascolare.

D'altra parte, in seguito alla diminuzione della stasi nel circolo, in seguito alla respirazione più profonda il sangue si fa più ricco di ossigeno, per il miglioramento della circolazione addominale il sangue stesso si fa più ricco di sostanze alimentari, in guisa che in tutto il complesso il lavoro del cuore viene facilitato. E il sangue così migliorato facilita tanto di più il lavoro del cuore, che in conseguenza della corrente più energica nel circolo coronario i prodotti riduttivi vengono più prontamente esportati.

Noi possediamo dunque nel lavoro muscolare un mezzo che agisce sul rinforzamento e sul rallentamento dell'attività cardiaca allo stesso modo come la digitale, colla differenza di non avere a temere col lungo uso di vederne cessata l'azione o peggio ritorta in danno del viscere cui si vuole portare sollievo.

La questione della qualità dell'esercizio muscolare ha grande importanza solo a compenso disturbato; siffatti malati sopportano solo le forme più calme di lavoro muscolare, la ginnastica svedese, il salire cautamente, e dapprincipio sempre in presenza del medico. Oertel, per diminuire l'appunto fattogli di avere poca graduabilità nei suoi metodi, vorrebbe per questi malati le passeggiate per istrade piane; ma allora questa ginnastica non ha lo stesso valore. All'Autore pare molto più giusto di mantenere la salita, solo conviene regolarla ed abbreviarla secondo il bisogno. Esercizi di salita brevi ma ripetuti, di 50-100 passi o anche meno, su strade erte sotto l'occhio del medico non pregiudicano al malato, e possono portare giovamento rinforzando l'azione cardiaca nella loro qualità di pochi ma energici movimenti ginnastici. L'anno scorso vennero per errore in cura casi troppo avanzati, i quali l'Autore escluse dalla cura del movimento; fece però per eccezione qualche piccolo tentativo di salita, e trovò che anche il polso più debole, frequentissimo, irregolare e talora intermittente presto si faceva regolare, più lento e più forte, le palpitazioni e la dispnea diminuiva, ecc. ecc. Però egli non può consigliare la cura del movimento per simili casi estremi. Il miglior criterio per conoscere se da una tal cura si può anche ottenere successo, consiste, come ha detto Oertel, nella possibilità di provocare mediante il lavoro contrazioni cardiache più valide.

La cura del movimento non va eseguita durante il periodo della digestione. Il cardiaco deve fare parecchi piccoli pasti al giorno, e dopo il mangiare non deve nè girare nè giacere, ma rimanere semplicemente seduto, e la ginnastica e la salita devono essere proibite in questi momenti.

Dove esistono fenomeni gravi di stasi, bisogna far precedere una cura depletiva. Non bisogna mai dimenticare, che una respirazione calma e profonda, alla quale con saldo volere ci si può costringere, costituisce il miglior rimedio contro alla palpitazione e alla dispnea. Il lavoro muscolare porta nocumento al cuore malato, se vi è sproporzione fra l'azione del cuore e quella dei polmoni, in modo che gli ultimi non possano tenere dietro all'attività aumentata del primo.

Schott è in errore quando crede di avere egli per il primo usata la ginnastica; Stokes, da lui citato, raccomandò *in primo luogo* un regolato trattamento ginnastico, e riferisce soltanto di avere avuto buoni risultati dai viaggi pedestri nei paesi di montagna.

La opinione di Oertel, che solo la salita dei monti sia un mezzo fisiologico per rinforzare l'attività cardiaca, è contraddetta da Cohnheim. Per Oertel la comparsa delle così temute palpitazioni è il segno da cui si riconosce il rinforzamento del muscolo cardiaco; per l'Autore invece il lavoro migliore per il cuore malato è considerato quello che mediante movimenti energici ma calmi in compagnia di una respirazione placida e profonda impedisce il più che sia possibile la comparsa delle palpitazioni.

Discussione. — Th. Schott di Bad-Nauheim fa rilevare come egli e il suo fratello defunto Augusto Schott già da più di 10 anni usino nei malati di cuore una forma speciale di ginnastica. (*Widerstands-und Selbsthemmungsgimnastik*). Sui buoni risultati che nelle affezioni croniche del cuore si hanno dai bagni e dalla ginnastica, egli non vuole insistere per il momento, prima perchè questi buoni risultati sono stati già in parte oggetto di speciali pubblicazioni, e in secondo luogo perchè lo stesso tema sarà portato in discussione anche nel Congresso del venturo anno. Soltanto vuole aggiungere qualche commento intorno al metodo di Oertel. Secondo la sua personale esperienza, che si aggira intorno a più di 700 cardiaci, la cura di Oertel non è applicabile che ad un numero molto limitato di malati di cuore, p. es. al cuore grasso, e anche qui deve essere applicata con molta circospezione, p. es., con attenta considerazione alla bilancia, a termometro, ecc. Per la grande maggioranza delle cardiopatie il metodo di Oertel non va, perchè il trattamento non si può nè misurare, nè dosare. Il metodo di salire le montagne, come desidera Oertel, è congiunto con grandi pericoli e l'oratore stesso ha veduto forti peggioramenti in malati di cuore che erano stati trattati con questo metodo negli stabilimenti *ad hoc*. In principio della cura si devono usare i bagni ed una ginnastica bene adatta, e se in seguito a questi mezzi più blandi il muscolo cardiaco acquisti forza sufficiente da poter sopportare il lavoro supplementare che si richiede per salire, allora soltanto si potrà passare al metodo di salire le montagne secondo Oertel.

Leyden di Berlino riconosce nel movimento sollevato da Oertel un materiale terapeutico di pregio, quindi un progresso; ma pensa d'altra parte che la voce d'ammonizione già da lui mandata sia ancora completamente ragionevole e convenga di sperimentare in ogni singola forma di cardiopatia, come e quando la ginnastica convenga. I casi gravi non sopportano per verun modo le salite dei monti; nei casi leggeri (d'altronde nell'età giovanile anche un vizio valvolare può essere benissimo compensato) una ginnastica circospetta può essere usata. L'oratore ricorda che il metodo di Stokes simile a quello di Oertel sollevò

in Inghilterra grandi resistenze, e fa rilevare che nella questione teoretica molto difficile di stabilire l'influenza del movimento, della ginnastica e delle salite dei monti sull'attività cardiaca, le deduzioni fatte infino ad oggi sono in molti punti discretamente arbitrarie.

XXII. Schulze (di Eidelberga). — **Sulla diagnosi della meningite acuta.**

L'oratore riferisce tre osservazioni della clinica medica di Eidelberga, nella quale fu posta la diagnosi di meningite acuta, senza che al reperto necroscopico si potesse trovare una meningite macroscopicamente manifesta. La ricerca istiologica alla sua volta non dimostrò le alterazioni consuete della meningite, ma fece vedere in principal modo accumuli cellulari intorno ad alcuni singoli vasi della pia madre, e nel primo caso pure nella pia-madre cerebrale un ammasso insignificante di cellule rotonde al di fuori dei vasi. Erano colpiti invece in maniera più rilevante specialmente nel primo caso i vasi del cervello e del midollo spinale; nella sostanza stessa del sistema nervoso centrale si trovarono accumuli cellulari abnormi. Il quadro sintomatico della meningite può dunque indipendentemente da una meningite anatomica diffusa comune essere provocato da una affezione nel sistema nervoso centrale. Ma siccome per converso una meningite può associarsi ad una mielite senza alcun sintomo meningitico e procedere ad es. con una paralisi acuta ascendente, così per il momento nessun sintomo speciale può stare a designare la distruzione grossolana di qualunque singolo punto del cervello e del midollo spinale. Bisogna piuttosto ricorrere alle proprietà degli agenti infettivi, alle loro ptomaine e toxine e all'eventuale influenza di esse sul sistema nervoso. Nella osservazione di Curschmann di bacilli del tifo nel midollo spinale di un ammalato morto per paralisi ascendente abbiamo il primo segnale di questa nuova direzione.

XXIII. Müller (Federico di Berlino). — **Sull'assorbimento alimentare in condizioni patologiche.**

Da ricerche precedenti è dimostrato come si comporti l'assorbimento degli alimenti se nel canale intestinale manchi o l'uno o l'altro delle secrezioni digestive; così p. es. mancando la bile si ha semplicemente una difficoltà nell'assorbimento del grasso, mentre l'assorbimento dell'albumina e degli idrati di carbonio rimane quasi del tutto intatto, così la mancanza del succo pancreatico non apporta nessun danno particolare.

Poteva dunque venire in mente di studiare come si comporti il detto assorbimento alimentare in presenza di una malattia degli apparecchi assorbenti, al quale scopo hanno fatto ricerche l'Autore e sotto la sua direzione il candidato medico Grassmann. Dai lavori di v. Mering, di Schmidt-Mülheim e di Zariliski era noto che l'assorbimento degli idrati di carbonio e dell'albumina si fa in guisa prevalente dai vasi

sanguigni dell'intestino e non dal sistema chilifero, e che i vasi chiliferi assorbono invece la massima parte dei grassi. Era dunque da aspettarsi che processi di stasi nelle vene della mucosa intestinale dovessero porgere occasione a gravi disturbi di assorbimento. Questo però non si vede accadere nei malati con vizi cardiaci valvolari non compensati. Anche nel tempo in cui l'ascite è in progressione ascendente, l'assorbimento alimentare appare di poco diminuito. Per es., in una stenosi mitrale e insufficienza tricuspidale di alto grado, dell'alimento introdotto (a preferenza latte e pan bianco) comparve non assorbito nello sterco 9 % di residuo secco, 12 % di azoto e 16 % di grasso, mentre in soggetti sani colla stessa alimentazione si ebbe il 6 % di residuo secco, il 9 % di azoto e dal 4 al 10 % di grasso.

Solo in un caso di stenosi mitrale e insufficienza aortica si rilevò un disturbo considerevole dell'assorbimento, essendosi trovato nelle feci il 19 % dell'azoto e il 15 % del grasso introdotti coll'alimentazione. Risultati eguali come nei vizi valvolari non compensati si ebbero nella cirrosi del fegato, anche qui in molti casi non si riconobbe alcun ostacolo considerevole all'assorbimento; soltanto quando c'era diarrea, appariva la difficoltà dell'assorbimento. È da notarsi che l'assorbimento dei grassi era buono; il fegato malato doveva dunque segregare ancora bile sufficiente.

Da queste ricerche risulta che nei processi di stasi nell'intestino, i quali sono già sufficienti per provocare dalla sierosa un trasudato, l'assorbimento dei mezzi alimentari dalla mucosa si fa ancora in maniera discretamente normale; fatto codesto che viene in appoggio alla teoria secondo la quale l'assorbimento alimentare non è considerato come un fenomeno puramente fisico, ma piuttosto come l'effetto dell'attività cellulare della mucosa stessa.

Molto evidenti sono i disturbi che seguono alla obliterazione del sistema vascolare chilifero. Nella tubercolosi diffusa dei vasi linfatici dell'intestino e delle glandole meseraiche l'assorbimento dei grassi è reso difficile in massimo grado, mentre soffre poco quello degli altri principi alimentari. Per la diagnosi di tabe mesenterica ci si può valere della comparsa di grasso nelle feci. Nelle affezioni che colpiscono uniformemente una gran parte della mucosa dell'intestino tenue, p. es. enterite e degenerazione amiloide, si hanno contemporaneamente disturbi di assorbimento i quali possono essere di due gradi. Nel primo grado più leggero l'assorbimento del grasso soffre di più di quello degli altri principi alimentari; la mucosa ammalata assorbisce soltanto le sostanze solubili, ma non più il grasso corpuscolare. Ma in un grado più alto dell'affezione della mucosa, questa differenza si estingue; viene in campo un disturbo uniforme ed elevatissimo nell'assorbimento di tutte le sostanze alimentari compresa l'acqua, e compariscono allora quelle diarree infrenabili, quali sono da lungo tempo conosciute come caratteristiche dell'enterite e dell'intestino amiloide, e sotto la cui influenza i malati prontamente soccombono nell'inanizione.

RIVISTA D'ANATOMIA

del Prof. EDMONDO COEN dell'Università di Camerino

Congresso degli anatomici tedeschi

Anatomisches Anzeiger — Jena 1887, II Jahrg. N.° 12 (1)

Braune — *Sul meccanismo della mano dell'uomo.*
Benda — *Contributo allo studio della spermatogenesi e della struttura dei testicoli nei vertebrati.*
Stoehr — *Sulle glandule mucipare.*
Rueckert — *Sull'origine dell'endotelio del cuore.*
Karg — *Sul pigmento cutaneo e sulla nutrizione dell'epidermide.*
Hasse — *Sulle asimetrie della faccia.*

BRAUNE. — **Ueber den Mechanismus der menschlichen Hand.** (*Sul meccanismo della mano dell'uomo*).

Queste osservazioni furono fatte in unione al dott. Fischer, e si riferiscono alla lunghezza delle falangi e delle ossa relative del metacarpo, e all'influenza che esercita la mobilità delle ossa della prima serie del carpo, nel movimento di tutto l'apparecchio articolare della mano, nonchè alla partecipazione che a questo movimento prende ciascun osso di entrambe le articolazioni del carpo.

Per la misura della lunghezza delle dita si usarono 40 mani. Fra le ossa del metacarpo, il più lungo è il 2.° (vi sono solo rarissime eccezioni), poi seguono il 3.°, 4.°, 5.°, 1.°. Fra le ossa falangee le più lunghe sono quelle del 3.° dito, poi seguono quelle del 4.°, 2.°, 5.°, 1.°. Pertanto l'essere l'indice un poco più alto del 4.° dito, dipende dalla lunghezza del 2.° osso metacarpico.

Facendo uguale a 100 la somma della lunghezza delle falangi e delle ossa del metacarpo, si hanno le seguenti proporzioni:

---

(1) Il 14 e 15 aprile fu tenuto in Lipsia il primo Congresso degli anatomici tedeschi. Dal resoconto delle sedute togliamo, riassumendole, alcune comunicazioni fra le più interessanti. Fra queste avrebbe dovuto trovar posto, per l'importanza sua, quella del Waldeyer: *Bau und Entwickelung der Samenfäden;* ma essendo essa, di per sè un succoso riassunto di tutto quanto si sa al giorno d'oggi intorno alla struttura e allo sviluppo dei filamenti seminali, non abbiamo creduto di condensarlo maggiormente e rimandiamo piuttosto il lettore al testo originale.

	Metacarpo	1.ª falange	2.ª falange	3.ª falange
2.° dito. . .	44	27	17	12
3.° » . .	40	29	19	12
4.° » . .	38	29	20	13
5.° » . .	42	27	16	15

La somma della lunghezza della falange terminale e mediana è superiore a quella della lunghezza della prima falange (o falange fondamentale); la lunghezza della falange fondamentale, più quella della falange media, è superiore alla lunghezza del metacarpo corrispondente.

Per ciò che riguarda il movimento della mano, fu misurato dapprima tutto quanto il movimento; quindi fu determinata una media a cui si rapportarono possibilmente i singoli movimenti. La partecipazione che ciascuna singola articolazione del carpo ha nel movimento generale, fu determinata togliendo l'un dopo l'altra le singole articolazioni. Le posizioni dei punti ossei nelle diverse posizioni della mano furono misurate entro un limitato sistema di coordinate ad angolo retto.

Il movimento di tutti i singoli punti ossei riuniti strettamente all'articolazione si compie su superfici sferiche concentriche, il cui punto medio generale si trova nel mezzo della testa del capitato. La massima flessione dorsale misurata dalla posizione media, appartiene alla mano destra, 83°: la mano sinistra giunge a 79°. Riguardo alle flessioni ulnari e radiali, l'ampiezza della flessione, rispetto alla posizione media, va da 27° a 28°. Si è trovato ancora che la prima articolazione (articolazione radio-carpea) ha maggior importanza nella flessione volare di quello che nella flessione dorsale, e un poco più nella flessione ulnare di quello che nella flessione radiale. Nella 2.ª articolazione (articolazione intercarpea) la flessione dorsale ascende presso a poco a tre volte la flessione volare. La flessione radiale era maggiore della ulnare. L'influenza della mobilità delle ossa della prima serie delle radici della mano sulla flessione, diede in ambedue le articolazioni il seguente risultato: se si fissano le 3 ossa della prima serie in una massa compatta si limita notevolmente la mobilità dell'articolazione della mano, specialmente nella direzione dorso-volare.

Nell'articolazione della mano pertanto si ha un apparecchio, i di cui movimenti si compiono al d'intorno della testa del capitato come intorno ad un perno, coll'ajuto di due cavità glenoidali concentriche mutabili nella forma loro.

BENDA. — **Zur Spermatogenese und Hodenstruktur der Wirbelthiere.** (*Contributo allo studio della spermatogenesi e della struttura dei testicoli nei vertebrati*).

In tutte le classi dei vertebrati, ad eccezione dei pesci ossei, si trovano nei testicoli due specie di cellule diverse morfologicamente e per rispetto alla funzione loro. v. La Valette, Svaen e Masquelin, Gruenhagen

hanno descritto queste cellule nei salaci e negli anfibi in una maniera del tutto concorde, alla quale l'Autore pienamente si associa. In queste classi di animali le cellule originali del seme (generatrici dello sperma) con quelle che ad esse susseguono, cioè le cellule seminifere (spermato-cisti), di cui ciascuna dà origine ad uno spermatozoo, si caratterizzano per un contorno rotondo netto, da una seconda specie di cellule con limiti diffusi, irregolari, di cui ciascuna ha nel primo periodo del suo sviluppo come una specie di follicolo epiteliale. Questa cellula entra in funzione, nella trasformazione delle cellule spermatiche, mediante movimenti attivi speciali che l'Autore considera come copulazione. Ciascun Autore ha un concetto differente rispetto all'analogia di questi elementi con quelli dei mammiferi; infatti gli elementi che v. La Vallette ha considerati identici alle cellule follicolari, vengono invece ritenuti da altri come cellule spermatiche. Tenendo conto della proprietà *funzionale* degli elementi, l'Autore accetta l'opinione di Svaen e Masquelin contro quella di v. La Vallette. Per i mammiferi e specialmente per gli animoti restava ancora da dimostrare l'analogia *morfologica*.

Ciò è riuscito all'Autore giacchè egli trovò nei testicoli di questi animali, sia durante il periodo di sviluppo, sia durante il periodo di riposo funzionale, le due specie di cellule, le quali corrispondono perfettamente per forma e topografia a testicoli degli anfibi e dei salaci.

In questa occasione l'Autore potè verificare il diverso modo di essere di queste due specie di cellule, già nei primi stadii dello sviluppo embrionale, in varie specie di animali e perfino nell'uomo: ciò contradice a quanto viene asserito dal Biondi, il quale crede che solo nel periodo della pubertà queste cellule si differenzino fra loro.

Rispetto alla genesi di queste due specie di cellule le osservazioni dell'Autore hanno dimostrato che il dualismo degli elementi nei testicoli è già palese in un tempo, nel quale nell'ovaia non è apprezzabile una distinzione dei diversi elementi del follicolo dell'uovo. L'Autore conchiude che le cellule seminifere primitive derivano dall'epitelio germinativo; la seconda specie di cellule, per la quale è ancor discutibile il nome di cellule follicolari, o cellule fondamentali, o cellule di sostegno, si origina invece dai condotti epiteliali che germogliano dai corpi di Wolff e che saranno in seguito i condotti escretori.

STOEHR. — **Ueber Schleimdrüsen.** (*Sulle glandole mucipare*).

Questa comunicazione si rannoda alle osservazioni che già l'Autore fece sulle cellule marginali delle glandole mucipare. L'Autore ha dimostrato che la condizione perchè si formino le cellule marginali è che le cellule glandulari più vicine non secernino contemporaneamente. È noto che vi sono glandole mucipare le quali non hanno cellule marginali; a questa categoria appartengono le glandule mucipare della lingua dell'uomo e del coniglio. La ragione di ciò sarebbe facile a tro-

vare, ripensando alla condizione necessaria perchè appaiono le cellule marginali. Infatti si potrebbe dire: nelle glandole mucipare della lingua manca la secrezione non contemporanea delle cellule glandulari e quindi mancano le cellule marginali (o *semilune del Gianuzzi*). Eppure ciò non è esatto. Infatti usando dei metodi di colorazione, con sostanze che tingono il muco, per es. coll'ematossilina di Delafield, si vede che anche le cellule delle glandule mucipare della lingua hanno diversi stadii di funzione. Pertanto la mancanza delle cellule marginali in tali glandule bisogna ricercarla in altre cause, che l'Autore crede d'aver trovate.

Il risultato dei suoi studi ha dimostrato all' Autore, che le cellule marginali (le semilune) si originano nella secrezione non contemporanea dalle cellule glandulari le più vicine provvedute di parete delicata. L'ultima di queste condizioni manca appunto nelle cellule mucipare della lingua dell'uomo e del coniglio e perciò in quest' organo mancano le cellule marginali.

RUECKERT. I. — **Ueber den Ursprung des Herzendothels.** (*Sull'origine dell'endotelio del cuore*).

Le opinioni dei diversi autori intorno all'origine dell' endotelio del cuore sono assai disparate fra di loro.

Secondo Balfour esso si origina dal mesoblasto splancnico, secondo Rabl dall' entoblasto (negli anfibi), secondo Goette sia dall' entoblasto, sia dal mesoblasto (bombinator igu), secondo Blaschek dal materiale delle vertebre primitive e finalmente secondo His l'endotelio del cuore si originerebbe dalle cellule parablastiche le quali dal tuorlo penetrano nell'embrione. L'Autore ha studiato questa questione negli embrioni dei selaci ed ha trovato che il rivestimento endoteliale del cuore negli embrioni di torpedine si origina dalle cellule che escono sia dall' entoblasto della parete intestinale, ventrale, sia dalla splancnopleura limitante e che si accumulano fra i ricordati foglietti. In questo punto si dispongono in una superficie cellulare solida, la quale si estende dall'avanti all'indietro in direzione dorso ventrale e che finalmente coll'avvicinarsi reciproco degli elementi da ambedue i lati dà luogo ad uno spazio, alla cavità del cuore.

Ciò che specialmente si riferisce all'origine entoblastica dell'endotelio si è che sul principio avvi un ispessimento sulla porzion mediana della parete intestinale ventrale. Questo ingrossamento rappresenta certamente una zona di proliferazione come lo si rileva da un aumento delle figure cariorinetiche e dalla presenza di nuclei rotondi invece di cilindrici nelle cellule entoblastiche. Che da questo punto provengano le cellule le quali formeranno il futuro endotelio del cuore lo si vede specialmente nel pristiurus. In questo animale si presenta nella regione accennata della parete intestinale, un bottone che sporge dalla porzion ventrale, costituito di cellule con nuclei rotondi e questo bottone in seguito si trasmuta in cellule endoteliali.

KARG. — **Ueber Hautpigment und Ernährung der Epidermis.** (*Sul pigmento cutaneo e sulla nutrizione dell'epidermide*).

Nella clinica chirurgica di Lipsia diretta dal Thiersch si fecero esperimenti di trapiantazione della pelle su di un negro che aveva una ulcerazione in una gamba. Dapprima si trapiantarono pezzi di pelle nera, poi si fecero delle prove con pezzi di pelle bianca.

Questa pelle bianca aderì senza inconveniente alcuno e dapprima non mostrò nessun cambiamento. Decorse però alcune settimane si mostrarono in essa delle linee nerastre, le quali crebbero sempre più tanto chè alla fine il pezzetto di pelle trapiantato assunse una colorazione nerastra sì da non poter essere differenziato dalla circostante pelle nera. Per questo fatto si pensò di fare esperimenti sulla produzione del pigmento nella pelle, eseguendo delle trapiantazioni di pelle bianca sul negro, e di pelle nera su individui bianchi. I pezzi di pelle così applicati si esaminarono 4, 8, e 12 settimane dopo da che erano state trapiantate nei diversi organismi. La pelle del negro trasportata su di un individuo bianco perdeva il suo pigmento, e questo cambiamento si effettuava in 12 a 14 settimane.

L'esame microscopico di pezzi di pelle così trattati dette i seguenti risultati. Il pigmento si presenta dapprima in forma di sottili filamenti posti fra le cellule epiteliali i quali fili terminano spesso con un rigonfiamento. Questi fili si trovano nel sistema di canali che corre fra le cellule epiteliali.

In queste parti e in questo tempo le cellule epiteliali sono del tutto prive di pigmento. Avanzando il processo di produzione del pigmento, si trova negli strati profondi dell'epidermide una fitta rete di filamenti neri la quale ravvolge nelle sue spire le cellule epiteliali e di più si rinviene nelle cellule epiteliali stesse dei sottili granuli neri, sicchè bisogna ammettere che essi sieno là pervenuti secondariamente dai filamenti. Questi filamenti si mostrano come propagini delle cellule che si trovano al confine fra la rete malpighiana e la cute. Oltre a queste cellule pigmentate (cromatofore) si trovano anche nella cute numerose cellule con pigmento, senza però le accennate propaggini. Nella pelle nera, la quale diventa bianca, sonvi cellule della rete del Malpighi prive di pigmento. Un poco di pigmento si rinviene negli strati superiori degli strati cornei, i quali sono presso a distaccarsi, e di più anche nella cute, raccolto in zolle più o meno grandi. Inoltre si trova pigmento anche nelle glandole sebacee in cui si ha un processo di degenerazione grassa.

La rete di fili che si vede apparire sulla pelle che diventa nera, ricorda l'immagine che si ottiene trattando la cornea o la pelle coi preparati d'oro secondo il metodo di Cohnheim, Ranvier, Langerhaus ed altri e che fu descritta come plesso nervoso. Si domanda ora, se nel caso nostro, s'abbia a che fare come un plesso nervoso di tal genere colorito in nero. Questa ipotesi appare inverosimile giacchè dai fila-

menti neri penetra, senz'alcun dubbio, della sostanza nelle cellule epiteliali e viene da queste assimilata, il che, per quello che noi sappiamo, non è affatto proprio dei nervi. Egli è invece più verosimile, che questi elementi siano cellule di tessuto connettivo con numerosi e sottili prolungamenti, le quali arrechino il pigmento alle cellule epiteliali, e ciò tanto più in quantochè nella cute si trovano cellule migranti numerose le quali portano seco il pigmento. Nulla si potè arguire intorno al luogo ove il pigmento si origina. L'Autore ricorda solo il fatto, comunicatogli da un viaggiatore africano, che nei negri le cicatrici superficiali si presentano pigmentate, mentre le cicatrici molto estese e dovute a ferite profonde rimangono chiare.

A queste cellule portatrici di pigmento e ai prolungamenti loro bisogna ascrivere una grande importanza nel processo di nutrizione dell'epidermide. Fino a che manca la rete di fili, le cellule epiteliali della pelle trapiantata mostrano tutti i segni di una cattiva ed insufficiente nutrizione. Le cellule assumono spesso una pessima colorazione de nucleo e di più dei vacuoli e delle goccie di grasso che si rinvengono nelle cellule stesse stanno a testificare un processo di degerazione. Tutto ciò si cambia non appena si sono presentate le cellule pigmentifere. Le cellule epiteliali hanno allora l'aspetto di cellule più giovani. Moltissime figure cariocenetiche che si trovano negli strati profondi dell'epidermide stanno ad indicare dei processi di proliferazione, i quali qualche volta sono così attivi che possono perfino dare origine a formazioni atipiche, a perle epiteliali, come si trova nel carcinoma cutaneo iniziale.

HASSE. — **Ueber Asymetrien des Gesichts.** (*Sulle asimetrie della faccia*).

Le asimetrie della faccia si limitano generalmente alla metà superiore di essa. La bocca ed il mento sono perfettamente simmetriche. Le asimetrie consistono in ciò: di regola prevale la metà sinistra del cranio in seguito ad uno sviluppo maggiore della metà sinistra del cervello; si ha inoltre asimetria del naso cioè deviazione verso destra o verso sinistra.

Generalmente avvi un sollevamento della regione oculare destra, di più avvicinamento della regione oculare sinistra alla linea mediana, ed allontanamento della regione oculare destra dal piano mediano. Inoltre si trova più in alto l'apertura uditiva esterna sinistra. La causa delle prime asimetrie testè ricordate, si trova nella tendenza a volgere la testa a sinistra per compensare un lieve incurvamento scoliotico del collo e del torace.

RIVISTA DI PEDIATRIA

del Dottor GIOVANNI GAZZANIGA

I. Sevestre. — **Sur une forme de broncopneumonie infectieuse d'origine intestinale.** (*Sopra una forma di bronco-polmonite infettiva di origine intestinale*). In: *Soc. méd. des Hôpitaux*, gennajo 1887.

L'Autore ha osservato un certo numero di bronco-pneumoniti nei bambini che si presentavano identicamente e quasi in modo epidemico. In tutti i casi si trattava di bambini da 1 a 2 anni, i quali erano presi di subito da diarrea intensa, 6-10 scariche al giorno, accompagnata da febbre; poi, dopo qualche giorno, da 2 a 6 in generale, cessava la febbre e principiava invece una tosse secca, dispnea moderata, ecc., ecc.; all'ascoltazione poi si sentivano crepitii e soffi più o meno intensi. In alcuni casi i fenomeni polmonari erano lievi, in altri invece erano gravi, si produceva asfissia e quindi morte. All'autopsia

si trovavano nell'intestino delle chiazze fortemente iperemiche, le placche del Peyer tumefatte, qualche volta erose; i gangli linfatici congesti; nei polmoni le vere lesioni della polmonite. In base a questi risultati, l'Autore escluse l'idea che si trattasse di una tifoide; le sue ricerche gli dimostrarono invece che il punto di partenza dei fenomeni era una diarrea infettiva. Perciò ammette che l'enterite settica possa dar origine a prodotti capaci di determinare nel polmone dei fenomeni congestivi. Insiste anzi su questo fatto e sovra d'esso fonda il metodo di cura.

II. LYALL A. — **A case of rheumatic fever followed by acute necrosis of the tibia.** (*Un caso di reumatismo articolare seguito d i necrosi acuta della tibia*). In: *Edinburg medical Journal,* luglio 1887.

Un fanciullo d'anni 10, ammalato per reumatismo poliarticolare e curato col solito trattamento del salicilato di soda e solfato di chinino, fu preso nella convalescenza da febbre altissima, da forte dolore alla gamba destra, specialmente nell'articolazione tibio-astragalica. La gamba era gonfia e nel palparla si rilevavano segni non troppo evidenti di fluttuazione. Fatta un'ampia incisione in questo punto, ne uscì pus di odore disaggradevole ed in grande quantità. Coll'esplorazione mediante lo specillo, si riusciva a sentire l'osso scoperto e meglio la necrosi della tibia. Separatasi la parte d'osso necrosato, curata la malattia colle solite medicazioni antisettiche, l'ammalato potè guarire in modo da usare ancora l'arto affetto.

III. BYERS W. JOHN. — **Clinical lecture on the Jaudice of infants.** (*Lettura clinica sull'itterizia dei bambini*). In: *The Lancet.* luglio 1887.

L'itterizia dei bambini, oggetto di studio ai medici d'ogni tempo, presenta ancor oggidì nella sua patogenesi molti punti assai oscuri ed incerti. L'Autore, colla maggioranza dei pediatri, distingue due forme di *ittero neonatorum.* Una forma lieve, sulla cui patogenesi emisero discordi pareri i più eminenti anatomo-patologi moderni. Virchow la considera infatti dovuta a catarro-gastro-duodenale; Cohnheim la fa invece dipendere da maggior secrezione di bile dopo la nascita; Frerichs da cambiamenti nella circolazione epatica; Birch-Hirschefel da disturbi nella circolazione epatica per la speciale disposizione anatomica dei vasi. L'Autore accetta quest'ultima opinione, trovandola applicabile alla maggior parte dei casi. La seconda forma, l'itterizia cioè grave e mortale, non fu, secondo l'Autore, oggetto di studio quanto la gravità sua richiede. Da alcuni casi osservati nella sua pratica privata ed ospitaliera, da altri descritti, per l'Autore questa seconda forma dipende in generale da una delle seguenti tre cause: Sifilide; anomala costituzione, dei vasi biliari; flebite ombellicale. La seconda di queste cause sfortunatamente è assai più frequente di quanto si

immagini, e l'Autore ricorda di una famiglia in cui 6 bambini perirono tutti per ittero grave sostenuto da anomalia dei vasi biliari. La terapia è per questi casi inefficace, mentre nella sifilide la cura specifica alla madre ed al bambino, nella flebite la cura antisettica rigorosa nella levatrice e nella partoriente arrecano reali vantaggi e riescono a salvare molti bambini.

IV. SECRETAN. — **Faradisation de la vescicule biliaire dans l'ictère catarrhal.** (*Faradizzazione della vescichetta biliare nell'itterizia catarrale*). In: *Revue médic. de la Suisse Romande.* Vol. VI, pag. 701.

In un bambino di 11 anni, che da 3 settimane aveva un' itterizia ribelle agli ordinarj colagoghi, l'Autore ha pensato, come metodo curativo, di fare l'applicazione della corrente elettrica alla vescicola biliare, continuata con lavacri di acqua fredda negli intervalli delle elettrizzazioni. Introduceva nel retto, per la profondità di 8 centim, un elettrodo cilindrico, mentre l'altro applicava a livello della vescicola biliare; la seduta durava 10 minuti ed era quotidiana. Dopo tre sedute la circolazione della bile era completamente ristabilita ed il bambino prontamente guariva.

V. HAYDEN. — **Unusual cardiac anomaly.** (*Rara anomalia del cuore*). In: *Journal of American medical Ass.*, marzo 1887.

Il bambino visse 16 mesi, presentando solo durante la prima settimana lieve cianosi, dovuta probabilmente alla persistenza del foro del Botallo. All'autopsia si è trovato un cuore ipertrofico, foro ovale incompleto; orificj atrio-ventricolari normali; un orificio di mezzo pollice di diametro faceva comunicare i due ventricoli; l'arteria polmonare aveva la sua origine dai due ventricoli. L'aorta era normale, e le vene polmonari sboccavano nel ventricolo sinistro.

VI. WEST. — **A case of right hemiplegia with aphasia in a child.** (*Un caso di emiplegia destra con afasia in un bambino*). In: *Clinic. Soc. of London.*, e *Brit. med. Journal*, gennajo 1887.

Un bambino affetto da tosse ferina e che era in cura dell'Autore, fu colto di subito da emiplegia destra con afasia. Casi identici vennero descritti da Radcliffe Croker. Trae l'Autore occasione dal suo caso per cercare di stabilire la sede anatomica del male, che vorrebbe fosse nei ganglj cerebrali e non corticale, come ammette il Broadbent. Ciò spiegherebbe infatti meglio l'afasia, ma non spiegherebbe completamente l'atetosi che si ha di frequenti in simili casi.

VII. MISRACH. — **De la quinine dans le traitement de la coqueluche.** (*Il chinino nella cura della ipertosse*). In: *Bulletin génér. de Thérap.*, marzo 1887.

L'Autore richiama in vigore l'idea di Letzerich, di curare l'ipertosse col solfato di chinina. Riporta varj casi, nei quali il solfato di chinina

ha guarito radicalmente e sollecitamente l'ipertosse; il primo effetto sarebbe quello di calmare gli accessi e di ridurne il numero. L'Autore amministra il medicamento in due riprese, mattina e sera, variando la dose da $^1/_2$ gr. ad un gr. e mezzo, a seconda dell'età del paziente. La condizione *sine qua non* del successo è la perseveranza nell'amministrazione del rimedio: bisogna continuare le stesse dosi senza stancarsi per due, tre settimane ed anche per un mese.

VIII. ZINNIS. — **Le jodure de potassium contre la broncopneumonie des enfants.** (*Lo joduro di potassio contro la bronco-pneumonite dei bambini*). In: *Bulletin gén. de Thérapeutique*, giugno 1887.

L'Autore fu condotto ad esperimentare il joduro di potassio nelle bronco-pneumoniti dei bambini, pensando al sollievo ch'esso procura in molte dispnee. Egli l'amministrava nelle dosi di 0,50 a 2 gr. a' bambini da 6 a 7 anni, ed ha sempre avuto beneficio certo.

IX. FARRELL EASMONT. — **A case of abscess of the liver in child three years and a half old.** (*Un caso di ascesso del fegato in bambino di 3 anni e mezzo*). In: *The Lancet*, agosto 1887.

Il seguente caso clinico è della massima importanza, sì per l'età del paziente, che per il metodo di cura adottato con esito felice. In un bambino di 3 anni e mezzo, da un mese ammalato per febbre preceduta da brividi ed accompagnata da profusi sudori, l'Autore, dopo attento esame, riscontrava un grosso tumore nell'ipocondrio destro che si estendeva fino all'epigastrio. Il tumore era teso, ottuso alla percussione e ondeggiante alla palpazione. Colla puntura esplorativa estrasse pus giallognolo, fetido, denso, contenente fiocchi fibrinosi e brandelli di tessuto epatico. Diagnosticato un ascesso del fegato, venne evacuato il pus coll'aspiratore, estraendosi in tre volte circa 21 oncie di pus. La cavità dell'ascesso veniva poi lavata con soluzione di cloruro di zinco all'uno per mille, e la parte medicata colla più scrupolosa medicatura antisettica. Svuotato completamente l'ascesso, la febbre scomparve; il bambino ripigliò le forze, e dopo 17 giorni dall'operazione, lasciava guarito l'ospedale.

X. COMBY. — **Essai sur la bronchite chronique des enfants.** (*Saggio sulla bronchite cronica dei bambini*). In: *Archiv. de médecine*. N. 11, 12, 1886.

La bronchite cronica nel bambino raramente si accompagna ad enfisema, ciò che la rende relativamente benigna e assai facilmente curabile. La bronchite cronica si osserva soprattutto negli scrofolosi e nei rachitidi, nei bambini defedati per alimentazione incongrua e per malattie costituzionali. Il principio della bronchite cronica è vario. Ora si sviluppa in modo subdolo, senza precedenti di malattie bronchiali; ora invece succede a bronchite specifica, consecutiva a malattia

infettiva. Qualunque sia l'inizio, i sintomi sono sempre eguali: non dolore, non dispnea. Alcuni bambini conservano uno stato generale eccellente, altri invece prendono rapidamente un aspetto cachettico. La tosse è insistente, specialmente mattina e sera. La percussione] dà risultati negativi. L'ascoltazione invece ci fa sentire rantoli sibilanti, ronchi sonori; quasi sempre poi rantoli bolari, sottocrepitanti, secchi ed umidi. La complicazione da temere è la produzione di focolaj tubercolari; fatto frequente ad osservarsi, trovando nella bronchite cronica opportuno terreno al suo sviluppo il bacillo di Koch. L'esito è quasi sempre favorevole. La cura espettorante e ricostituente è quella che l'Autore consiglia, e dalla quale è a ripromettersi il maggior giovamento.

XI. CATRARAS. — **Etude sur un cas de paralysie spasmodique infantile.** (*Studio sopra un caso di paralisi spasmodica infantile*). In: *Annales médico-psychologiques*, luglio 1887.

L'Autore ebbe in cura un bambino di 4 anni e mezzo, che già da due anni presentava i seguenti sintomi:

Arti superiori ed inferiori contratti; piedi equini; coscie adotte e ginocchia fra loro avvicinate fino a toccarsi; difficile articolazione delle parole; riflessi rotulei e plantari esagerati; sensibilità e contrattilità faradica normali. Mancanza di atrofia muscolare: funzioni della vescica e del retto normali. Occhi strabici. Atetosi.

L'Autore prende occasione da questo caso per istudiare la patogenesi della paralisi spasmodica infantile. Per il fatto della presenza della paraplegia spasmodica ammette con certezza che la lesione sia nei fasci piramidali e sistematica, tanto per la mancanza dell'atrofia muscolare, quanto per la mancanza di disturbi sensitivi. Ciò ammesso, si domanda se la lesione spinale sia primitiva o secondaria. Appoggiandosi all'autorità di Haden e di Ross, l'Autore ammette che la lesione spinale sia secondaria alla cerebrale, che avrebbe la sua sede precipua ne' centri eccito-motori e nelle circonvoluzioni del Broca di ambedue gli emisferi. Fissata così la base anatomica, si spiega anche l'atetosi; la lesione cerebrale primitiva che dà la lesione dei fasci piramidali, invade anche la regione vicina a quelli dove passano detti fasci (parte posteriore della capsula interna, presso la regione ottica), la cui lesione apporta appunto l'atetosi. Riguardo poi alla natura della lesione cerebrale primitiva, l'Autore rigetta l'idea che essa sia irritativa, ed accoglie invece quella che ammette un difetto di sviluppo delle zone motrici corticali.

XII. Girard. — **Contribution à l'étude du spasme sympathique des muscles de la glotte chez les enfants.** (*Contributo allo studio dello spasmo simpatico dei muscoli della glottide nei bambini*). In: *Revue médic. de la Suisse romande*, p. 41, 121, 145 — 1887.

L'Autore, sotto questo nome, chiama lo spasmo idropatico od essenziale della glottide, poichè lo considera come un fenomeno riflesso che succede ad irritazione della mucosa gastro-intestinale. Lo studio dei casi citati nella letteratura medica e di quelli osservati dall'Autore, l'hanno condotto ad ammettere come unica causa l'alimentazione incongrua, sì per la qualità che per la quantità.

La cura che l'Autore consiglia è la seguente: muschio ad un centigrammo, da prendere più o meno sovente secondo l'età del bambino e la quantità degli accessi. La guarigione in generale è pronta; se per caso qualsiasi fosse tardiva, allora si coadiuva amministrando il bromuro di potassio.

XIII. Porteous Lindsay. — **Sclerema.** (*Sclerema*). In: *Edinburg medical Journal*, settembre 1887.

Un bambino di quattro giorni, allorchè fu visitato dall'Autore, presentava tutta la pelle del corpo indurita, cedevole alla pressione, di color vario fra il porpora carico ed il garofano chiaro; abbondante infiltrazione cellulare. La temperatura inferiore alla normale, le pulsazioni 120 al minuto; nessun sintoma bronco-polmonare; costipazione persistente. Appoggiandosi a questo caso clinico, l'Autore combatte l'idea di Valleix, che il polso nello sclerema si abbassi al di sotto della norma; combatte l'idea di Ellis, che causa dello sclerema sia la pneumonite lobare o l'atelectasia polmonare e sostiene invece che lo sclerema è una malattia veramente costituzionale.

XIV. Huber. — **On the empiema in the childrens.** (*L'empiema nei bambini*). In: *The Lancet*, giugno 1887.

L'Autore considera anzitutto l'empiema acuto come una flogosi della pleura, assai intensa, accompagnata fino dal principio da secrezione di pus. Accenna che si incontra principalmente nei bambini poveri e denutriti; che insorge d'un tratto con grave adinamia e febbre alta. Ha un decorso rapido; il versamento cresce rapidamente; la febbre persiste alta; l'esaurimento può esser tale da condurre in fin di vita in due settimane. Una diagnosi sicura riguardo alla natura del versamento non è possibile se non mediante la puntura esplorativa, la quale di per sè innocua, deve farsi sempre vista l'importanza che ha la diagnosi per la cura da adottare.

Colla terapia interna non si ottengono vantaggi sull'assorbimento dell'essudato, di qui la necessità di ricorrere ai mezzi chirurgici non solo per salvare il bambino, ma per ricuperare anche il polmone e permettergli di riprendere la normale sua espansione. L'Autore pensa

che si debba intervenire per l'aspirazione quando sia cessato lo stato febbrile acuto, salvo che la vita non sia altrimenti minacciata. Il luogo di scelta è il 6.°-7.° spazio intercostale, presso la linea ascellare posteriore. Quando il pus si riproduca, conviene adottare un mezzo più radicale; l'incisione, seguìta da fognatura e da irrigazioni antisettiche al sublimato uno pei dieci mila.

Concludendo, l'Autore richiama la mente sui seguenti punti spesso trascurati nell'empiema dei bambini:

1.° Nei versamenti pleurici acuti si ha ragione di ammettere la presenza di pus, quando i disturbi generali siano gravi e la febbre sia alta fino dall'esordire;

2.° Se il versamento non si riduce, anzi cresce malgrado la cura interna, è probabilmente purulento; in tal caso è indicata la puntura esplorativa;

3.° Se l'aspirazione rileva liquido purulento e se dopo l'aspirazione il pus si riproduce rapidamente nelle stesse od in maggiori proporzioni, meglio dell'aspirazione serve l'incisione.

XV. ZINNIS. — **Contribuzione alla cura delle coliche o enteralgie dei neonati.** (*Archiv. di patologia infantile*). N. 2, 1887.

Le coliche costituiscono una delle più frequenti fra le malattie dei neonati. L'Autore, osservatone un gran numero, espone i mezzi terapeutici che l'esperienza gli ha additati come i migliori. Egli procede a norma delle differenti indicazioni che si offrono a volta a volta. Se, p. es., le evacuazioni sono verdastre e contengono concrezioni di caseina, è all'abbondanza degli acidi del tubo gastro-enterico che si debbono attribuire le coliche. In questi casi sono indicati gli assorbenti e gli alcalini e contemporaneamente prescrive bagni tiepidi con decozioni di camomilla o clisteri di camomilla. Per prevenirne poi il ritorno, rivolge l'attenzione al regime del bambino. Così se allattato dalla madre, i dolori sono dovuti all'allattamento frequente ed irregolare, oppure ad alterazione del latte per malattia della madre. Nel primo caso occorre regolare allattamento; nel secondo una nuova nutrice mercenaria: allora le coliche provengono dall'essere il latte troppo vecchio. Allora necessita cambiamento della nutrice. Se il bambino allattato col poppatojo, è necessario affidarlo a nutrice.

Se poi i dolori ventrali si manifestano senza che le scariche alvine siano alterate per numero, allora si usano gli antispasmodici; tintura di muschio in acqua aromatica, clisteri di camomilla, ecc. Finalmente se le coliche debbonsi a stipsi persistente, combatte questa coi soliti mezzi terapeutici.

XVI. Zantiotis. — **Des abcès phlegmoneusé sous-cutanés spécifiques dans la syphilis infantile héréditaire.** (*Degli ascessi flemmonosi sottocutanei specifici nella sifilide infantile ereditaria*). In: *Gazz. Hebdomadaire*, 1887.

Gli Autori di sifilografia infantile non parlano che pochissimo degli accessi flemmonosi sottocutanei come espressione localizzata, possibile dell'infezione generale. Follin dice che gli ascessi cachettici mostransi nei lattanti sifilitici, ma li ricorda solo per dimostrare che sviluppansi per la grande debilità organica. Appoggiandosi su due osservazioni l'Autore cerca di mettere nei gruppi dei fenomeni specifici precoci della sifilide infantile, l'infiammazione franca, circoscritta o diffusa, del tessuto cellulare sottocutaneo. Fondandosi sulle esperienze sue e di altri crede di poter concludere:

1.° che nei bambini, in presenza di sifilide ereditaria il virus specifico può manifestare la sua potenza collo sviluppo precoce delle lesioni flemmonose sottocutanee;

2.° che come esiste una varietà di scrofola flemmonosa, esiste pure, una varietà di sifilide flemmonosa.

XVII. Pezzer. — **De l'uréthrotomie interne chez l'enfant — De la courbure à donner au conducteur de l'uréthrotome.** (*Dell'uretrotomia interna nel bambino — Della Curvatura da darsi alla guida dell'uretrotomo*). In: *Union médicale*, agosto N. 98. 1887.

L'uretrotomia è un'operazione rara nei bambini; Guersant, Giraldès, De Saint-Germain nei loro trattati sulle malattie chirurgiche dei bambini non fanno punto menzione di questa operazione, come pure non è accennata nelle opere dedicate alle malattie delle vie urinarie. Soltanto Homes di Londra ed Eugenio Boeckel di Strasburgo fanno allusione a questa operazione nei bambini.

L'Autore si è occupato di queste ricerche in occasione che ebbe in cura due casi di restringimento dell'uretra in fanciulli. Egli venne a queste conclusioni:

1.° Nella cura dei restringimenti uretrali nei fanciulli l'uretrotomia interna ha le sue applicazioni come negli adulti; non vi sono controindicazioni a questa operazione; nel fanciullo può farsi come nell'adulto.

2.° L'istrumento deve essere proporzionato tanto nel suo angolo di curvatura che nella larghezza della parte curva alla curvatura del canale; l'angolo e la lunghezza della curvatura variano per conseguenza seconda dell'età del soggetto.

3.° La galvanocaustica non dà risultati paragonabili; il lieve beneficio che si ha con questo metodo non ne compensa gl'inconvenienti.

4.° Allorchè il canale dell'uretra è ancora permeabile è da rifiutare nei bambini la dilatazione forzata e la uretrotomia esterna perchè dannose allorchè da un anno il risultato dell'uretrotomia interna e della dilatazione consecutiva si sono mantenuti.

5.° Nei casi in cui il conduttore dell'uretrotomo non potesse essere introdotto, l'uretrotomia esterna resta naturalmente l'operazione di necessità.

XVIII. SIMON. — **Du vomissement chez les enfants.** (*Dei vomiti nei bambini*). In: *Gaz. des hopitaux* N. 59, 62, 70, 1887.

L'Autore in questo lavoro fa uno studio, assai interessante per il medico pratico, sul vomito dei bambini. — Passa in rivista le diverse cause, dalle più semplici alle più complicate; le distingue in quelle che hanno sede nello stomaco, in quelle che hanno sede nell'intestino ed in quelle che hanno punto di partenza negli annessi al tubo digerente.

Le eccitazioni che determinano il vomito possono partire dallo stomaco senza che esso sia ammalato: 1.° per alimento incongruo o cattivo; 2.° per somministrazione di medicamenti (santonina, olio di merluzzo); 3.° per presenza di corpi stranieri (noccioli di frutta); 4.° per movimenti dopo i pasti. — Il vomito è dovuto a malattia di stomaco sia per indigestione dovuta ad impressione di freddo, sia per rammollimento della mucosa dovuto a catarro gastrico acuto o cronico.

Nelle malattie intestinali il vomito può aversi in seguito a costipazione, ad ostruzione intestinale, a parassiti, a peritiflite, a tiflite.

Il vomito può aversi anche per malattie degli altri organi addominali, così ad esempio, nella peritonite acuta e nella cronica; nelle congestioni epatiche, nelle coliche nefritiche; nelle ritenzioni d'urina per difetto di contrazione della vescica.

Alcune volte i vomiti nei bambini trovano la loro ragione di essere solo in irritazioni del pneumogastrico o del plesso mesenterico; altre volte sono dovuti a strette fasciature, a compressioni del testicolo, ad ernie ombellicali.

Sorgente di vomito sono pure le malattie del sistema nervoso; le congestioni cerebrali, le meningiti; nel primo caso cessano col cessar della causa; nel secondo si producono senza sforzi ed assai di frequente.

Si hanno vomiti pure nelle malattie infettive, nella dentizione, ecc; negli avvelenamenti per santonina, per dolciumi colorati con sostanze nocive; per somministrazione di medicamenti (chermes, emetici, ecc. ecc).

Per farsi luce a quale di queste cause debbasi attribuire il vomito si userà questa distinzione: vomiti senza febbre e vomiti complicati a reazione febbrile. Se il vomito è accompagnato da movimento febbrile allora è sintomatico di una affezione acuta qualunque (febbre eruttiva, bronchite, tifoide, ecc.); se non vi è febbre il vomito deve considerarsi come un puro atto riflesso, senza importanza, come il risultato d'indigestione.

La natura delle materie vomitate indicherà la causa dei vomiti; se vi è vomito biliare entra in causa il fegato; se vi è vomito fecaloide,

si avrà ostruzione intestinale; se il vomito sarà sanguigno si informi se si fu epistassi, ecc. ecc.

Dato un bambino con vomito, quale ne sarà la cura etiolologica? Se è sintoma di malattia febbrile acuta, a questa si volgerà la cura; se il vomito esiste invece solo come atto riflesso, a questo si porrà mente. Si ricorrerà alla pozione del Riverio, dandone mezzo chucchiajo ai neonati, un cucchiaino da caffè ai bambini d'un anno; si daranno pezzettini di ghiaccio zuccherato; se il vomito è complicato a diarrea — senza malattia di stomaco o dell'intestino — si darà vantaggiosamente l'oppio sotto forma di laudano alla dose di una goccia ogni anno al bambino. Nei soggetti nervosi si darà ancora il bromuro di potassio per bocca, l'infuso di valeriana per clisteri, ecc. ecc.

VARIETÀ

Progetto di legge sulla tutela dell'igiene e sanità pubblica (1).

TITOLO I.

Ordinamento dell'Amministrazione e dell'Assistenza sanitaria del Regno.

CAPO I.

Art. 1.° La tutela della sanità pubblica spetta al Ministro dell'interno.

Nel Ministero dell'Interno è istituita una Direzione generale della sanità pubblica composta:

di un direttore generale (Medico igienista);

di un ufficio tecnico sanitario, con laboratorj di ispezione igienica;

di un ufficio amministrativo e di segreteria.

È pure istituito presso il Ministero dell'Interno il *Consiglio superiore di sanità pubblica.*

In ogni provincia vi sarà un *medico provinciale* con ufficio sanitario ed un *Consiglio provinciale* di sanità.

In ogni altro Comune non capoluogo di provincia vi sarà un *Consigliere sanitario* presso il Sindaco.

Art. 2.° In tutti i Comuni sarà inoltre stabilita l'assistenza medico-chirurgica e zoojatrica con medici e chirurghi, veterinarj, farmacisti e levatrici.

I Comuni di oltre 10,000 abitanti provvederanno al servizio igienico sanitario per mezzo di un ufficio medico municipale.

CAPO II.

Direzione generale di sanità pubblica.

Art. 3.° Il Direttore generale della sanità pubblica è nominato dal Re, su proposta deliberata del Consiglio dei Ministri.

Il Direttore generale della pubblica igiene esercita, sotto la dipendenza del Ministro dell'Interno, le seguenti attribuzioni:

a) Decreta e revoca le discipline sanitarie atte a preservare la salute pubblica dalla importazione e diffusione delle malattie infettive;

---

(1) Sta per essere discusso nel Senato del Regno.

b) Stabilisce le discipline speciali per le industrie insalubri n› rapporti sanitarj;

c) Ha l'alta vigilanza sulle condizioni igieniche ed il risanamento dei Comuni, sugl'istituti sanitarj, e nell'ordine della sua competenza, sulle caserme, istituti educativi, luoghi di reclusione, di pena e di pubblico accesso e convegno;

d) Disciplina la risicoltura ed assume presso i rispettivi dicasteri la iniziativa pei diboscamenti, le bonifiche, la sistemazione delle acque, le irrigazioni, e in generale pei lavori reclamati dall'igiene pubblica o ad essa attinenti;

e) Esamina i regolamenti municipali di igiene e stabilisce la limitazione o estensione loro in base alla legge presente;

f) Convoca, d'ordine del Ministro, il Consiglio superiore, gli sottopone le questioni e lo consulta intorno alle materie nelle quali deve essere per legge sentito e in tutti gli altri casi, nei quali il Ministro credesse di interpellarlo;

g) Prepara la relazione statistica da presentarsi al Parlamento, intorno allo stato sanitario del Regno alla fine d'ogni biennio, coi materiali pervenutigli dalle provincie e dai comuni, e corredata dalle sue proposte;

h) Rivede la farmacopea ufficiale, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità;

i) I decreti del Direttore generale sono da lui firmati pel Ministro.

CAPO III.

Del Consiglio superiore di sanità.

Art. 4.° Il Consiglio superiore di sanità è composto:

di un presidente;

di sei dottori in medicina e chirurgia, competenti particolarmente nell'igiene pubblica;

di due professori di chimica;

di un farmacista;

di un dottore veterinario: i quali saranno nominati con decreto reale sopra proposta del Ministro dell'Interno.

Faranno parte del Consiglio stesso:

Il procuratore generale del Re presso la Corte d'Appello della capitale;

un medico ispettore del corpo sanitario militare;

un medico ispettore del corpo sanitario militare marittimo;

il Direttore generale della marina mercantile;

il Direttore generale della statistica.

Sei almeno dei membri del Consiglio superiore debbono essere residenti nella capitale.

Il Direttore generale designa a segretario del Consiglio uno de' suoi impiegati dottore in medicina, che non avrà voto.

Art. 5.° Il Consiglio superiore di sanità darà il suo parere: Sulle questioni che gli saranno deferite dal Ministro dell'Interno e su tutte quelle che per le vigenti leggi deve essere interpellato.

Deciderà inoltre in seconda istanza (salvo le competenze dell'Autorità giudiziaria e del Consiglio di Stato) sulle contestazioni fra i Comuni e gli ufficiali sanitarj, e fra questi ed il medico provinciale, e sulle istanze ed i reclami di Comuni, di cittadini o corpi morali, contro il servizio o il personale sanitario degli spedali o istituti speciali.

Capo IV.

Del Medico provinciale.

Art. 6.° Il Medico provinciale è nominato con decreto reale in seguito a concorso per titoli od esami, secondo apposito regolamento, su proposta del Ministro dell'Interno, e risiede presso la Prefettura.

Il Medico provinciale:

a) Veglia sul servizio sanitario, e sulle condizioni igieniche dei Comuni, sugli istituti sanitarj in tutta la provincia e sull'esecuzione delle leggi e dei regolamenti sanitarj.

b) Informa il direttore generale ed il prefetto di qualunque fatto possa interessare la pubblica salute e decreta i provvedimenti d'urgenza reclamati dalla pubblica incolumità;

c) Convoca, d'ordine del Prefetto, il Consiglio provinciale di sanità; gli sottopone le questioni e ne invoca il parere, in tutte le materie nelle quali dev'essere per legge sentito;

d) Esamina ed approva i consorzj ed i capitolati per il servizio medico, chirurgico, veterinario ed ostetrico; approva la nomina dei medici comunali fatta dai Comuni e decide, in prima istanza, sentito il Consiglio provinciale di sanità, sulle contestazioni che non siano di competenza dell'Autorità giudiziale o del Consiglio di Stato, fra i medici ed i Municipj, i corpi morali ed i privati, per ragione di servizio;

e) Espone al Direttore generale ed al Prefetto i bisogni ed i desiderati attinenti ad interessi igienici della provincia, e per i quali si dovessero eccedere le attribuzioni e le forze economiche della provincia o dei comuni; e intraprende di propria iniziativa le pratiche dirette ad opere, riforme o miglioramenti interessanti la pubblica igiene nel territorio provinciale;

f) Ispeziona, senza preavviso, le farmacie della provincia, assistito da un chimico o da un farmacista;

g) Decreta i provvedimenti disciplinari contro il personale sanitario, contro gli esercenti sottoposti alla vigilanza dell'autorità sanitaria, nei casi e modi determinati dai regolamenti speciali e contro gli esercenti irregolari;

h) Redige la relazione annuale sullo stato sanitario della provincia.

I decreti del Medico provinciale sono resi [esecutivi col visto del Prefetto.

Capo V.

Del Consiglio provinciale di Sanità.

Art. 7.° Il Consiglio provinciale di sanità è composto:

di tre dottori in medicina e chirurgia;

di un professore o cultore di chimica;

di un farmacista;

di un dottore veterinario;

di un ingegnere; tutti nominati con decreto reale, su proposta del Ministro dell'Interno.

Faranno parte dello stesso Consiglio il Prefetto come presidente, ed il Procuratore del Re presso il tribunale civile e correzionale.

Il Prefetto designa a segretario un impiegato dell'ufficio sanitario, che non avrà voto.

Art. 8.° Il Consiglio provinciale di sanità è sentito:

a) Per l'esame e giudizio sui consorzj comunali, per il servizio sanitario medico, farmaceutico, veterinario ed ostetrico;

b) Sulle contestazioni fra i sanitarj ed i Municipj, corpi morali e privati, per ragione di servizio;

c) Sui provvedimenti disciplinari contro il personale sanitario, contro gli esercenti sottoposti alla vigilanza dell'Autorità sanitaria e gli esercenti illegali;

d) Sulle discipline da applicarsi alle industrie manifatturiere ed agricole e le cautele igieniche richieste da lavori speciali a tutela dei lavoratori, salvo sempre quanto è disposto dalla Direzione generale;

e) Sui provvedimenti igienici da ordinarsi agli stabilimenti pubblici o di pubblico accesso o convegno;

f) Sulla relazione dello stato sanitario della provincia, da spedirsi alla fine d'ogni anno alla Direzione generale di sanità.

Capo VI.

Disposizioni comuni al Consiglio superiore ed ai Consigli provinciali.

Art. 9.° I membri del Consiglio superiore e dei Consigli provinciali sanitarj durano in carica tre anni, e sono rieleggibili, rinnovandosi secondo il disposto di apposito regolamento.

Art. 10.° Il Consiglio superiore ed i Consigli provinciali sanitarj possono assumere l'iniziativa di proposte per provvedimenti di interesse sanitario generale o speciale alla propria circoscrizione sanitaria.

Capo VII.

Del Consiglio Sanitario comunale.

Art. 11.° Il *Consigliere sanitario comunale* è nominato dal Prefetto e scelto fra i medici residenti nel Comune: esso dura in carica tre anni e può essere rieletto.

Esso vigila, col concorso dei medici comunali, sulle condizioni igieniche e sanitarie del Comune; segnala al Sindaco i bisogni, gli inconvenienti e quanto in rapporto alla sanità pubblica reclami speciali e straordinarj provvedimenti nel Comune; constata le trasgressioni alla legge ed ai regolamenti sanitarj, provocando all'uopo ispezioni per parte del medico provinciale.

Capo VIII.

Dell'Assistenza Medico-Chirurgica Farmaceutica ed Ostetrica nei Comuni.

Art. 12.° L'assistenza medico-chirurgica, farmaceutica ed ostetrica nei Comuni è obbligatoria, ed è gratuita per gli indigenti; l'assistenza medico-chirurgica deve essere affidata ad uno o più medici di beneficenza, stipendiati dal Comune stesso e in esso residenti.

Art. 13.° I Comuni che per le loro sfavorevoli condizioni economiche, per la loro speciale posizione topografica e per il numero esiguo di abitanti non sono in grado di provvedersi di un proprio medico chirurgo o di un farmacista, o di una levatrice, sono obbligati a stipendiarli in consorzio con altri Comuni, secondo convenzioni da approvarsi dal medico provinciale.

Art. 14.° I medici e chirurghi stipendiati dai Comuni per il servizio di assistenza medico-chirurgica di beneficenza o per la generalità degli abitanti, sono considerati come ufficiali sanitarj dello Stato.

La loro nomina, fatta dal Consiglio comunale, acquista carattere di stabilità dopo tre anni di prova: da tale epoca il Comune non può licenziarli o sospenderli dal loro ufficio se non per cause gravi coll'autorizzazione del medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità.

Capo IX.

Dell' assistenza Zoojatrica.

Art. 15.° Ogni Comune capoluogo di provincia o di circondario, od avente una popolazione superiore ai 20,000 abitanti, dovrà avere uno o più dottori veterinarj: ogni altro Comnne dovrà avere un veterinario a sè o consorziale.

Art. 16.° Il dottore veterinario comunale vigila sulla salute degli animali nella estensione della sua circoscrizione sanitaria. Vigila inoltre:

a) Sulla igiene delle stalle;

b) Sui macelli, sugli animali da macello e sulle carni macellate;

c) Constata il genere di morte degli animali, sulle denuncie che gliene possono arrivare da qualsiasi parte; ne riferisce in iscritto al Sindaco od al Consigliere sanitario, affinchè impediscano l'uso delle carni nocive e provvedano alla loro distruzione;

d) Ispeziona senza preavviso gli spacci di carne e fa rapporto sulle contravvenzioni;

e) Informa il Consigliere sanitario o il Medico provinciale della comparsa di epizoozie, e provoca i provvedimenti d'urgenza;

f) Oltre ai rapporti straordinarj, spedisce alla fine d'ogni anno una relazione sullo stato sanitario degli animali nella sua circoscrizione, corredata di note e di eventuali proposte per l'incremento e il miglioramento delle razze;

g) Presta il suo servizio nel caso di epizoozie nella propria circoscrizione.

Art. 17.° Saranno nominati veterinarj, di confine e di porto, i quali visitino ogni genere di animali (o parti di animali), che entrano nello Stato e proibiscano l'ingresso a quelli affetti da malattie contagiose o sospetti di esserlo.

I veterinarj di confine e di porto sono nominati dal direttore generale della pubblica sanità.

TITOLO II.

Esercizio delle professioni sanitarie e affini.

Art. 18.° È sottoposto a vigilanza speciale l'esercizio:

della medicina e chirurgia;

della veterinaria;

della farmacia;

dell'ostetricia.

La vigilanza si estende sui titoli e modi che rendono legale e regolare l'esercizio delle professioni sanitarie e sulla preparazione, conservazione e vendita dei medicinali.

Sono soggetti a vigilanza, rispetto alla sanità pubblica:

i droghieri;

i profumieri;

i colorari;

i liquoristi;

i confettieri;

i fabbricanti o negozianti di prodotti chimici e preparati farma-

ceutici, di acque distillate, di olj essenziali, di acque e fanghi minerali e di ogni specie di sostanze alimentari e di bevande artificiali.

Art. 19.° Nessuno può esercitare la professione di medico e chirurgo, veterinario, farmacista, dentista, flebotomo o levatrice se non sia maggiore di età ed abbia conseguita la laurea o il diploma di abilitazione in un'Università, Istituto o Scuola a ciò autorizzate nel Regno.

Chi intende esercitare una di queste professioni a cui è per legge abilitato in un Comune, deve far registrare il diploma nell'Ufficio comunale nei modi prescritti dal regolamento.

I contravventori al prescritto del presente articolo sono punibili coll'ammenda non minore di L. 100, salvo le maggiori pene stabilite dal Codice penale.

Art. 20.° Il conseguimento di più diplomi o patenti dà diritto all'esercizio cumulativo dei corrispondenti rami dell'arte salutare, eccettuata però la farmacia che non può essere esercitata cumulativamente con altri.

I sanitarj che facciano qualsiasi convenzione coi farmacisti sulla partecipazione agli utili della farmacia, sono puniti coll'ammenda non minore di L. 100.

Art. 21.° Non è permesso di aprire officine di farmacia, senza darne avviso, quindici giorni prima dell'apertura, al Mèdico provinciale.

Ogni farmacia, destinata o all'uso del pubblico, o al servizio di spedali o di altri istituti civili o militari, deve avere per direttore un farmacista legalmente approvato, che vi dimori in permanenza.

La contravvenzione a queste disposizioni sarà punita coll'ammenda non minore di L. 100.

Art. 22.° Chiunque vende o distribuisce sostanze o preparati, annunziati come rimedj o specifici segreti che non siano stati approvati dal Consiglio superiore di sanità, o, chiunque vende o distribuisce rimedj, attribuendovi sulle etichette o in annunzi al pubblico, virtù ed indicazioni terapeutiche speciali, non riconosciute da competenza sanitaria, è punito con un'ammenda non minore di L. 200.

Nel caso di recidiva può applicarsi l'arresto fino a 15 giorni.

Art. 23.° Le farmacie devono essere provviste delle sostanze medicinali segnate come d'obbligo nella farmacopea approvata dal Ministro dell'Interno, sentito il Consiglio superiore di sanità.

Un esemplare di detta farmacopea dovrà conservarsi in ogni farmacia.

La mancanza di qualsiasi sostanza medicinale dichiarata obbligatoria nella farmacopea sarà punita coll'ammenda di lire 10.

La mancanza di un esemplare della farmacopea sarà punita colla ammenda di lire 20

Art. 24.° Sono puniti coll'ammenda sino a lire 100 e colla sospensione dall'esercizio in caso di recidiva, i farmacisti che ritengono medicinali imperfetti, guasti o nocivi, e coll'ammenda estensibile a lire 500

o coll'arresto estensibile ad un anno, i farmacisti che abbiano somministrati medicinali non corrispodenti in qualità e quantità alle mediche ordinazioni.

Art. 25.° Chiunque, non essendo fabbricante o negoziante di prodotti chimici, farmacista, droghiere, coloraro, fabbrica, vende o in qualsiasi modo distribuisce veleni, è punito con ammenda di lire 500, e coll'arresto estensibile ad un anno.

I farmacisti, i droghieri, i fabbricanti di prodotti chimici autorizzati a tenere veleni e coloro che per l'esercizio dell'arte loro o professione ne fanno uso, sono puniti come all'articolo precedente, se non tengono tali veleni in recipienti con analoga ben riconoscibile indicazione, e sotto chiave.

Art. 26.° Quando i farmacisti spediscono veleni dietro ordinazione di medici, chirurghi o di veterinari, dovranno trattenere e conservare presso di loro le ricette originali, notandovi il nome delle persone cui furono spedite e dandone copia all'acquirente che la domandi.

I contravventori incorreranno nella multa estensibile a lire 100.

Art. 27.° I farmacisti, i droghieri, i fabbricanti di prodotti chimici, i venditori di colori, non possono spacciare veleni che a persone ben cognite, o che, non essendo da loro conosciute, siano munite di attestato dell'autorità di sicurezza pubblica indicante il nome, cognome l'arte o la professione del richiedente, e le quali persone ne abbisognino per l'esercizio della loro arte o professione.

In ogni caso devono notare in un registro speciale, da presentarsi all'autorità ad ogni richiesta, la qualità e quantità del veleno spacciato, il giorno dello spaccio, col nome, cognome, domicilio, arte e professione dell'acquirente.

La contravvenzione al disposto del presente articolo, è punibile con ammenda estensibile a lire 250; all'ammenda può aggiungersi la sospensione dall'esercizio della professione fino a 3 mesi.

Art. 23.° Nel corso di ciascun biennio tutte le farmacie dovranno essere ispezionate nei modi e forme prescritti dal regolamento.

È data facoltà al Direttore generale della sanità ed ai medici provinciali di ordinare ispezioni straordinarie alle farmacie e di fare visitare senza alcun preavviso i negozii di droghieri, colorari, profumieri, liquoristi, confettieri, fabbricanti e negozianti di prodotti chimici, nell'interesse della pubblica salute.

Art. 29.° Chiunque intende attivare officine di prodotti chimici usati in medicina e di preparati galenici, dovrà darne preventivo avviso di 15 giorni all'ufficio municipale ed al medico provinciale, facendo constare che l'officina è diretta da un farmacista o persona munita di diploma di chimico, di un'università o di altro istituto autorizzato.

La ommissione dell'avviso sarà punita con ammenda di lire 100 e colla chiusura dello stabilimento, qualora il proprietario manchi del detto diploma

Art. 30.° Nessuno può aprire e mantenere in esercizio un istituto di cura medico chirurgica, o di assistenza ostetrica, o stabilimenti balneari, idroterapici o termici, se non coll'autorizzazione del Medico provinciale e in conformità delle prescrizioni del medesimo, stabilite col parere del Consiglio provinciale di sanità.

Contro la deliberazione dell'autorità provinciale è ammesso il ricorso nei termini e nella forma prescritta da Regolamento alla Direzione generale di sanità, che decide sentito il parere del Consiglio superiore di sanità.

I contravventori alla presente disposizione ed alle relative prescrizioni dell'autorità sanitaria sono puniti con ammenda estensibile a lire 500.

TITOLO III.

Dell'igiene del suolo e dell'abitato.

Art. 31.° Nessuno può eseguire opere stabili sul suolo di sua o altrui proprietà che impediscano in qualche modo il naturale deflusso delle acque su di esso scorrenti, così da renderlo sul luogo od a distanza acquitrinoso o paludoso.

La contravvenzione a questa disposizione sarà punita coll'ammenda fino a lire 500.

Art. 32.° La coltivazione delle risaie sarà regolata da apposito regolamento che contempli le condizioni a richiedersi del suolo, la distanza dall'abitato ed il modo della coltivazione stessa.

Chiunque intenda impiantare nuove risaie dovrà chiederne licenza non più tardi del 31 agosto dell'anno precedente a quello in cui vuole attivarle, e sulla sua domanda deciderà il Medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità.

In qualunque tempo si verifichi che una risaia, tuttochè legalmente istituita, rechi danno alla salute pubblica, il Medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità, può decretarne proibita la coltivazione.

Gli interessati po ranno appellare alla Direzione generale di sanità contro il divieto di attuazione o l'ordine di cessazione dalla coltivazione di una risaia.

Chiunque impianta una risaia senza la voluta autorizzazione, la coltiva non conforme al disposto del regolamento, o la rinnova dopo il divieto dell'autorità, incorre in una ammenda di lire 100 per ogni ettaro di terreno coltivato in contravvenzione, oltre la distruzione da farsi a sue spese della illegale coltura

Art. 32.° La macerazione del lino, della canapa ed in genere delle piante tessili, nell'interesse della salute pubblica, non potrà essere eseguita che nei luoghi, nei tempi, alle distanze dall'abitato e con le

cautele, che verranno determinate da regolamenti locali approvati dal prefetto sopra proposta del medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità.

I contravventori saranno puniti con un'ammenda di lire 50.

Art. 34.° Le manifatture e fabbriche che spandono esalazioni insalubri, o possono riuscire in altro modo pericolose alla salute degli abitanti, saranno indicate in un elenco diviso in due classi.

La prima classe comprenderà quelle che dovranno essere isolate nella campagna e lontane dalle abitazioni.

La seconda, quelle che esigono speciali cautele per la incolumità del vicinato.

Questo elenco sarà compilato dalla Direzione generale, sentito il Consiglio superiore di sanità e il Ministero d'agricoltura, industria e commercio, e servirà di norma per l'esecuzione della presente legge.

Nei casi di contestazione per la classificazione delle industrie si farà appello al Consiglio superiore.

Chiunque vorrà attivare una fabbrica o manifattura compresa nell'elenco citato, dovrà quindici giorni prima darne avviso in iscritto al medico provinciale, sotto pena di un'ammenda di lire 100.

Art. 35.° Le case di nuova costruzione od in parte rifatte non possono essere abitate se non con autorizzazione del Sindaco, previa ispezione dell'Ufficio sanitario municipale o del Consigliere sanitario municipale o di altro perito medico a ciò deputati, che accerteranno se nella costruzione o riadattamento si siano eseguite le prescrizioni che saranno stabilite da apposito regolamento.

In caso di rifiuto dell'autorizzazione l'interessato può reclamare nelle forme e termini prescritti dal Regolamento stesso al Consiglio provinciale di sanità, che decide sulla controversia.

I proprietari che contravvengono alla disposizione del presente articolo sono puniti coll'ammenda fino a lire 500, oltre alla chiusura della casa con decreto motivato del Prefetto su proposta del medico provinciale.

Art. 36.° Non sarà mai permessa l'apertura di case urbane o rurali o di opifici industriali aventi fogne per le acque immonde o canali di scarico di acque industriali inquinate che immettano direttamente, senza previa conveniente depurazione, in laghi, corsi o canali di acqua, i quali debbano in qualche modo servire agli usi alimentari o domestici.

I proprietari delle case attualmente abitate e degli opifizi in esercizio si uniformeranno alle disposizioni del presente articolo entro il termine di un anno dalla promulgazione della presente legge.

I contravventori sono puniti coll'ammenda di lire 500.

Art 37.° Il Sindaco su rapporto del Consigliere sanitario comunale o del Medico provinciale può dichiarare inabitabile e fare chiudere una casa o parte della medesima riconosciuta malsana o non rispon-

dente alle prescrizioni del regolamento sanitario, salvo il ricorso al Consiglio sanitario provinciale di sanità che deciderà in proposito.

TITOLO IV.

Dell' igiene delle bevande e degli alimenti.

Art. 38.° Chiunque vende, ritiene per vendere o amministra come compenso a propri dipendenti materie destinate al cibo od alla bevanda, che siano riconosciute guaste, infette, adulterate od in altro modo insalubri o nocive, a termini di apposito regolamento, è punito colla ammenda di lire 10, estensibile a lire 100, e coll'arresto da 16 giorni a 3 mesi, oltre la confisca delle materie.

Nelle stesse ammende e pene incorrerà chi fabbrica o vende stoviglie, recipienti, attrezzi destinati alla preparazione, conservazione e consumazione degli alimenti o bevande, i quali possano riescire nocivi alla salute nel loro impiego agli usi industriali, commerciali o domestici, e chi nello stagnarli, verniciarli o in qualsiasi altra operazione su di essi li renda tali.

Art. 39.° L'elenco dei colori nocivi che non possono essere impiegati nelle preparazioni delle sostanze alimentari e di bevanda e di quelli che non debbono pure usarsi per la colorazione delle stoffe, tappezzerie, carte per involti di materie alimentari, giocattoli ed altri oggetti di uso personale o domestico sarà pubblicato dalla Direzione generale di sanità e dalla medesima riveduto e modificato ogni volta lo ritenga necessario.

Chi impiega in qualche modo tali colori per la colorazione delle sostanze od oggetti suspecificati o vende tali sostanze od oggetti così colorati, sarà punito coll'ammenda estensibile a lire 500, ed in caso di racidiva alla chiusura dell'opificio o del negozio.

Art. 40.° Ogni comune deve essere fornito di acqua potabile riconosciuta pura e di buona qualità.

Ove questa manchi, sia insalubre o sia insufficiente ai bisogni della popolazione, il comune è tenuto a provvedersene, valendosi delle agevolezze a ciò concesse o da concedersi dallo Stato.

Chiunque contamini o corrompa l'acqua delle fonti, pozzi, cisterne, canali, acquedotti, serbatoi di acque potabili, è punito con ammenda da lire 50 a lire 500, e sarà inoltre tenuto a pagare le spese necessarie a riparare i danni prodotti.

TITOLO V.

Misure contro la diffusione delle malattie infettive dell'uomo e degli animali.

Art. 41.° I medici comunali, allorchè si sviluppano nel comune speciali malattie che vi durano lungamente o ricompaiono a periodi regolari e sono limitate ad un determinato territorio, ne daranno avviso al sindaco ed al consigliere sanitario locale, il quale manderà al medico provinciale una relazione in iscritto esponente i caratteri essenziali della malattia, indicando se sia prodotta o anche solo favorita da cause particolari ai luoghi stessi.

Il Medico provinciale parteciperà tali notizie al Consiglio provinciale di sanità, e proporrà i provvedimenti d'urgenza che, approvati dal Consiglio stesso, saranno resi esecutivi dal prefetto.

Art. 42.° Manifestandosi in qualche comune una malattia infettiva. qualunque medico l'abbia osservata, ne deve dare immediatamente avviso al Sindaco, il quale, d'accordo col Consigliere sanitario darà subito le opportune disposizioni per impedirne la diffusione, riferendone al Prefetto ed al Medico provinciale.

I contravventori sono puniti con una multa estensibile a lire 100

Il Medico provinciale, si comporterà come all'articolo precedente, riferendone se si tratta di malattie a carattere epidemico al Direttore Generale della Sanità.

Art. 43.° Tutti i medici esercenti nel comune in cui si sia manifestata una malattia infettiva a carattere epidemico hanno l'obbligo di mettersi al servizio del comune stesso, ed in tal caso è loro applicabile il disposto della legge 29 luglio 1868 a favore delle loro famiglie,

Lo stesso disposto della legge è applicabile ai medici appositamente chiamati in un comune per il servizio durante un'epidemia.

I contravventori al disposto del presente articolo sono punibili coll'ammenda e colla sospenspione dell'esercizio.

Art. 44.° Ove la gravità del caso lo esiga, il medico provinciale, autorizzato dal prefetto, potrà d'urgenza istituire commissioni locali, delegare persone tecniche per esaminare i caratteri della malattia, spedire medici e medicinali e disporre tutti quei provvedimenti che stimasse oppotuni per assicurare la cura degli attacchi ed evitare la diffusione della malattia stessa, informandone sollecitamente il Direttore generale della Sanità.

Quando siavi la necessità assoluta ed urgente, in caso di malattie infettive epidemiche di occupare proprietà particolari per creare ospedali, lazzaretti, cimiteri, o per qualunque altro servizio sanitario, si procederà giusta le disposizioni contenute nel titolo II, capo II della legge 25 giugno 1865, n. 2359.

La proposta di occupazione però dovrà essere fatta dalla Giunta

municipale o dalla Deputazione provinciale, che assume l'obbligo di indennizzare i proprietari, e dev' essere accompagnata dal voto della competente autorità sanitaria, che dichiari l'assoluta mancanza di qualsiasi altro locale opportuno comunale, provinciale o demaniale.

Art. 45.° Il Direttore generale della Sanità quando si sviluppi nel Regno una malattia infettiva potrà fare ordinanze speciali pella visita e disinfezione delle case, per l'organizzazione di servizi e soccorsi medici e pelle precauzioni da addottarsi contro la diffusione della malattia stessa.

Queste ordinanze sono pubblicate nella Gazzetta ufficiale ed avranno vigore il giorno susseguente alla pubblicazione.

Art. 46.° Chiunque viola gli ordini pubblicati dall'autorità competente per impedire l' invasione o la diffusione di una malattia infettiva epidemica è punito con ammenda estensibile a lire 500 e coll'arresto da uno a sei mesi.

Art. 47.° La vaccinazione è obbligatoria e sarà regolata da apposito regolamento approvato dal Ministero dell' interno, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità.

Art. 48.° Il *virus* vaccinico si conserva presso il medico provinciale, per essere trasmesso gratuitamente ai sindaci ed ai medici liberi esercenti, che ne faranno richiesta in qualunque tempo.

Le spese occorrenti alla conservazione del vaccino saranno a carico della provincia, quelle della vaccinazione a carico dei comuni.

Art. 49.° Nessuno può aprire un istituto per la preparazione e vendita di *virus* vaccino o per la preparazione e inoculazione di *virus* per la preservazione e cura della rabbia o di altra malalattia infettiva se non ne ha ottenuto il consenso del Ministro dell'Interno. In ogni caso dovrà essere l'istituto diretto ed esercito da medici e soggetto alla vigilanza dell'Autorità locale.

Art. 50.° Le misure preventive contro la diffusione delle malattie celtiche sono ordinate da apposito regolamento emanato dal Ministero dell'interno, nel quale saranno stabilite le pene di ammenda e di arresto a cui andranno soggetti i contravventori.

Art. 51.° Tutte le disposizioni degli articoli della presente legge che si riferiscono alle misure preventive contro le malattie infettive dell'uomo sono applicabili a quelle degli animali domestici per quanto si riguardano le denunzie all'Autorità sanitaria per parte dei veterinarj comunali o esercenti in un Comune del Regno ed alle ammende e pene a chi omette tali denunzie o viola le ordinanze pubblicate dall'Autorità competente per impedire l'invasione dall'estero e la diffusione nell'interno delle stesse malattie infettive.

Apposito regolamento emanato dal Ministero dell'Interno regolerà la polizia veterinaria per quanto si riferisce all'igiene delle stalle e dei mercati ai trasporti degli animali e al loro interramento.

Art. 52.° Le spese di qualsiasi natura, che occorrono pei servizj sa-

nitarj nell'àmbito dei territorj provinciali o comunali, sono rispettivamente obbligatorie per le provincie e per i Comuni.

Tutte le altre spese che l'Autorità governativa crederà di ordinare per la incolumità della salute pubblica del Regno, e in soccorso di provincie e di Comuni afflitti da epidemie o da epizoozie, sono a carico dello Stato.

Art. 53.° In caso di contestazione circa la competenza passiva delle spese ritenute rispettivamente obbligatorie per la Provincia o per il Comune, il ministro decide, udito il parere della Direzione generale e del Consiglio superiore di sanità.

TITOLO VI.

Della polizia mortuaria.

Art. 54.° Ogni Comune deve avere almeno un cimitero a sistema di inumazione, impiantato secondo le norme stabilite dal regolamento di polizia mortuaria. Dove il terreno per condizioni geologiche od orografiche non si presti a questo modo di consumazione dei cadaveri, il Consiglio provinciale, sentita l'Autorità sanitaria, provvederà ad altro modo di consumazione dei medesimi.

Il cimitero è posto sotto la vigilanza dell'Autorità sanitaria.

I piccoli Comuni possono costruire dei cimiteri consorziali.

Art. 55.° Dal momento della destinazione di un terreno a cimitero, è vietato di costruire abitazioni entro il raggio di 200 metri all'intorno.

Il contravventore è punito con ammenda estensibile a L. 200, e deve inoltre, a sue spese, demolire l'edificato.

Art. 56.° È vietato seppellire un cadavere in luogo qualsiasi diverso dal cimitero, sotto pena al contravventore di un'ammenda di L. 50 estensibile a L. 100, oltre le spese necessarie per la traslocazione del cadavere al cimitero.

Art. 57.° Le cappelle private e gentilizie per sepoltura debbono essere nel recinto dei cimiteri.

Nelle cappelle o tombe poste al di fuori dei cimiteri non possono collocarsi se non i resti dei cadaveri dissepelliti dopo il decennio.

È fatta eccezione per gli illustri personaggi, ai quali sono decretate nazionali onoranze dal Parlamento, e per le cappelle private o gentilizie esistenti, non officiate, o collocate ad una distanza dai centri abitati quale è stabilita pei cimiteri.

Art. 58.° La cremazione dei cadaveri deve essere fatta in crematorj approvati dall'Autorità sanitaria, e i Comuni dovranno sempre concedere gratuitamente l'aria necessaria nei cimiteri per la loro costruzione, e concorrere nella spesa della medesima.

La cremazione delle salme e il trasporto delle ceneri sono esenti da ogni qualsiasi tassa.

Le urne cinerarie contenenti i residui della completa cremazione possono essere collocate nei cimiteri o in cappelle private e templi aventi destinazione a perpetuità, e appartenenti ad enti morali riconosciuti dallo Stato, in modo da essere assicurate da ogni profanazione.

TITOLO VII.

Disposizioni generali.

Art. 59.° Ogni infrazione delle disposizioni, per cui non è stabilita nella presente legge una pena speciale, quando l'infrazione sia tale da recare nocumento alla pubblica salute, è punibile con ammenda non minore di L. 50.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE.

Art. 60.° La presente legge, per quanto riguarda la libertà dell'esercizio della farmacia, andrà in vigore quattro anni dopo la sua promulgazione.

I farmacisti che sono provvisti di piazza potranno ripetere dalle Finanze dello Stato il rimborso della somma pagata per la piazza stessa.

Il rimborso verrà loro fatto in rendita pubblica, con l'aumento di tre decimi, da liquidarsi in modo conforme a quanto fu stabilito per i droghieri con la legge 3 maggio 1857, n. 2185.

Art. 61.° Con decreti speciali sarà stabilita la pianta organica del personale sanitario contemplato dalla legge, e saranno determinati gli stipendj dei medici provinciali a carico della Provincia e le spese della Direzione generale di sanità e annessi laboratorj di ispezione igienica a carico dello Stato.

Gli stipendi dei medici comunali sono a carico dei Comuni.

Oculisti, dentisti e medici ebrei nella 2.ª metà del secolo XV alla Corte milanese (1). — Nel 1442 erano nominati come oculisti *Magistro Isach zudio* (ebreo) in Cremona (2); *Mag.° Helia*, pur ebreo, al soldo del duca Filippo Maria Visconti in Milano, e *Mag.° Venanzio da Camerino* (3).

Quanto gli ebrei coltivassero con profitto la medicina è a tutti noto; e i molti documenti milanesi provano che i duchi Sforza spesso si servirono dell'opera di medici israeliti. Alcuni nomi già citammo in altro nostro lavoro (4), e vale la pena di ricordarli ancora una volta, assieme ad altri nuovo-venuti.

Fino dal 24 luglio 1440 troviamo preposti alla cura di Leone Sforza gli ebrei *Gaspare* e *Samuele* (5). Nel 1459 incontriamo *Angelo de' Rossi*, da Cesena, medico ducale e creato famigliare ducale; nel 1459-60 a Gravedona, sul Lario, in aspettativa del permesso papale onde poter esercitare la medicina (6). *Giacomo*, ebreo, stava a Pizzighettone nell'ottobre 1470 intento a medicarvi un famiglio dell'ambasciatore veneziano, e da Cremona lo si raccomanda al duca di Milano per la cura di suo figlio, Alessandro, ammalato (7). Nel gennajo 1473 curava il giovine *Filiberto*, figlio della duchessa *Jolanda di Savoja*, in Vercelli (8). Più tardi passava al servizio del re di Napoli (9). Altri medici ebrei sono citati nel *carteggio sforzesco* dal 1450 al 1500, e cioè: *Guglielmo da Parma*, medico ducale (10), e *Salomone* del qd.ᵐ *Aronne*, francese, occupato nel 1498 a raccogliere codici per la biblioteca sforzesca di Pavia (11).

---

(1) Dobbiamo queste notizie all'egregio ing.ʳ Emilio Motta, che ce le favoriva sotto il modesto nome di *Appunti d'archivio*.

(2) Ai 20 dicembre 1441 otteneva da Francesco Sforza, signore allora di Cremona, alcuni capitoli per esenzioni e libera dimora in Cremona per 20 anni, con altri privilegi per gli Ebrei. — Nel documento è detto: « Mag. Isaac, condam Salomonis ebrei, arcium et medicine periti », e più innanzi « ciroyco » abitante in Cremona. [*Arch. di Stato*, Classe *Medici*, ultima cartella].

(3) Lettera da Ferrara, 23 gennajo 1442, di Filippo Trombetta a Francesco Sforza. In: *Potenze estere* (Modena e Ferrara). Arch. di Stato in Milano.

(4) *Ebrei in Como ed in altre città del Ducato Milanese*, nel « Periodico della Società storica di Como », fasc. 17.° (1885), p. 32.

(5) *Potenze Sovrane*.

(6) *Ebrei in Como*, loc. citato.

(7) In lettera 5 ott. 1470 da Cremona, il *Giacomo* ebreo è detto « del mester suo pratico et experto como medico sia in Lombardia » [*Cart. diplomatico*].

(8) Vedi lettera 3 gennajo 1473 di Antonio da Appiano, oratore milanese alla corte di Savoja, al duca di Milano. [*Carteggio diplomatico*].

(9) Sua supplica senza data, onde fare ritirare da Parma i suoi libri ed unguenti [*Medici:* cartella *F. H.*].

(10) *Ebrei in Como*, p. 33.

(11) *Reg. ducale* n.° 63, fol. 133 bis. — Menzionato nel nostro articolo: « Altri documenti per la libreria sforzesca in Pavia », nel *Bibliofilo* di Bologna, n.° 12, 1886 a pag. 178.

Ricordasi ancora — *e come oculista* — il medico *Benedetto da Parma* (1), che da ebreo si mutò in cristiano e s'ammogliò con una donna che aveva curata dalla cateratta!

I medici ebrei, come gli altri medici ducali, quali, tanto per citarne uno, Ambrogio Griffi da Rosate, erano eziandio astrologhi. Così nel 1498 il re di Napoli creava cittadino napoletano *uno maistro Danit ebreo, medico et astrologho suo* (2).

Nel 1459 la duchessa Bianca Maria Sforza faceva richiedere al marchese di Ferrara e duca di Modena un *oculista* per curare *Madona Lodovica da Landriano*. Rispondeva l'Estense ai 5 di marzo, che lo avrebbe mandato, appena guarito Nicolò de' Strozzi che aveva in cura (3). Ma il nome di quel medico non ci appare dalla sua lettera (4).

Nel 1472, ai 16 giugno, rilasciavansi dal duca di Milano lettere di passo, valevoli un anno, al « prudenti viro *Conrado de biabarco* teutonico, medico oculorum » (5), che viaggiava con due persone.

Di *Gian Pietro Camozzi* di Porlezza, operatore di occhi e di malattie della pietra, nel 1495 a Milano, stampasi ora un nostro documento interessante e curioso nel *Periodico* della Società storica di Como.

Fra i dentisti, due nomi soltanto abbiamo per vero da ricordare: quelli di « messer *Antonello* magistro da cavare denti » nel 1451, e di « *Magister Cesar Anthonii Gini* » (6) nel 1443.

Il *Gini* veniva eletto ai 26 aprile 1443 in famigliare ed aulico di

---

(1) *Ebrei in Como*, l. c., p. 33.

(2) *Ibidem*. — I nostri documenti sono inediti e quali tutti, quando non ne sia fatta debita avvertenza, sono tratti dall'Archivio milanese.

Pei medici ebrei celebri alle Corti di Mantova e di Firenze, veggasi la *Revue des études juives*, 1886.

(3) *Potenze estere:* Modena.

(4) Sarebbe mai *Pietro Spano*, il cui « Volgarizzamento del trattato della cura degli occhi » tratto da un codice Laurenziano, venne edito nella *Scelta di curiosità letterarie* di Bologna (n.° 130) nel 1873?

(5) *Registro ducale*, n.° 117, fol. 22.

— Non è il momento opportuno di ricordare i diversi medici tedeschi calati in Italia nel quattrocento. Forse nuovo è il nome di *Magister Johannes de Volgis*, « teutonico medicine professor nel 1454 » [*Reg. ducale*, n.° 95, fol. 34]; nel 1488 figurava alla Corte milanese anche uno spagnuolo, certo « *Maestro Ferdinando* », esperto nel curare le malattie inguinali [*Missive staccate* 26 gennajo 1488], cioè ernie e simili. D'altra parte troviamo de'nostri medici, nel 1434 un *Matteo de Andreis*, di Trezzo, alla Corte del duca Federico d'Austria [*Reg. Panigarola* C, fol. 127] ed un *Raffaele Baldirono*, medico di Bianca, regina de' Romani, nel 1495 [Classe *Medici*].

— Medico di re Mattia Corvino, d'Ungheria, e suo oratore al duca di Milano nel 1476 era *Francesco Fontana* [*Missive* n.° 125, fol. 234].

(6) Ricordato dal *Chmel* (I mss. della I. R. Biblioteca di Vienna, vol. II, 13-14), tolto dal Codice ms. n.° 3121, a fol. 117.

Francesco Sforza, allora gonfaloniere e capitano generale di Santa Chiesa. E l'*Antonello* veniva, pare, mandato dai Veneziani, nelle terre del ducato milanese, onde cercare di avvelenare nientemeno che il duca Francesco Sforza, la qual cosa venuta a di lui cognizione, fu fatto arrestare a Cremona (1). Nè sappiamo altro della di lui fine (2).

Nè passiamo sotto silenzio il medico *Speranza Mansolli*, da Bologna « lo quale medica de diversi mali et in verità fa de belle cure » ed esperto chirurgo. Nel gennajo 1470 èra intento a rimettere a nuovo il naso ad un tale Antonio Terzo, soldato di Federico Gonzaga, in Pellegrino, sul Piacentino (3).

Chiudiamo queste brevi informazioni col ricordo di una *medichessa*, una tal *Antonia*, della quale lamentavasi presso il duca di Milano nell'agosto 1470 *Raffaele de' Capitani di Vimercate* in nome proprio e del collegio dei dottori di Milano supplicando le fosse vietato di medicare o smerciare medicamenti (4). EMILIO MOTTA.

Fondazione Donders. — Il 27 maggio 1888 il Prof. M. F. C. Donders compiendo 70 anni dovrà, per effetto di legge, dimettersi dall'ufficio di Professore e di Direttore del laboratorio di Fisiologia nell'Università di Utrecht.

Una Commissione, che già conta 67 persone delle più distinte per autorità e per sapere nelle diverse provincie dell'Olanda, si è proposta di creare in quell'occasione un'istituzione scientifica che sarebbe intitolata *Fondazione Donders*, e dovrebbe perpetuare il nome dell'uomo illustre ed il ricordo dell'opera sua continuata per quarant'anni in servizio della scienza e dell'umanità. Gli statuti di tale fondazione verranno stabiliti d'accordo con lo stesso Prof. Donders, il quale sarà pregato di designarne lo scopo speciale.

La Commissione ordinatrice è persuasa che le Società scientifiche e tutti i cultori della medicina, ed in particolare quelli della biologia e dell'oftalmologia si associeranno ben volentieri nel tributare onore ad un uomo che tanto merita di essere onorato, e molto più nel modo che viene proposto il quale sarà altresì di vantaggio alla scienza.

---

(1) Ne parla il *Daverio* (Mss. Sforzeschi alla Braidense, vol. III). — Vedi altresì *Missive* n. 6, fol. 238, 256 t.° e 267.

(2) Ai 21 ottobre 1451 si concedeva a Taddeo Bucchiarino di potere praticare in prigione con l'*Antonello*. Si rilasciassero i suoi famigli, pure imprigionati, e lui medesimo fosse trattato bene, rimanendo « in castello asieme cum Michele de Bataglia per più suo aconcio », ma si badasse a non lasciarlo fuggire [*Miss.* n.° 6, fol. 267].

(3) « E falli lo naso da novo che per questione li fu tagliato. » — V. Lettera s. data e firma, al duca di Milano e lett. 31 gennajo 1470 di Federico Gonzaga al Commissario di Piacenza, in *Carteggio diplomatico*.

(4) *Cart. diplomatico*, cartella n. 323. — Il *da Vimercate*, noto medico ed astrologo del duca Sforza.

Congresso per lo studio della tubercolosi umana ed animale. — Un Congresso di medici e veterinarj con lo scopo di studiare scientificamente la tubercolosi nell'uomo e negli animali, si terrà a Parigi, dal 25 al 31 luglio 1888, nei locali della Facoltà Medica. La Commissione ordinatrice, presieduta dal prof. Chaveau, ha per Vicepresidente il prof. Villemin, e per Segretario generale il dott. L. H. Petit, bibliotecario aggiunto della Facoltà di Medicina.

Vi verranno trattate questioni già proposte dalla Commissione suddetta, ed altre che i membri potranno aggiungere, ma sempre relative all'argomento della tubercolosi. Un giorno sarà destinato alle dimostrazioni anatomiche nel laboratorio del prof. Cornil, ed un altro ad esami e sezioni di animali tubercolosi nella Scuola d'Alfort.

Tutti i medici e veterinarj, francesi e stranieri, potranno, inscrivendosi in debito tempo e pagando la quota di 10 franchi, divenire membri del Congresso e prender parte ad esso. Pagata tale quota, si avrà diritto al volume degli *Atti del Congresso* (1). Le adunanze saranno pubbliche: i discorsi e le discussioni saranno fatti in lingua francese.

Le questioni proposte dalla Commissione ordinatrice, sono queste:

I. Pericoli ai quali espone l'uso della carne e del latte degli animali tubercolosi. Mezzi di prevenirli.

II. Delle razze umane, delle specie animali e dei mezzi organici considerati dal punto di vista della loro attitudine alla tubercolosi.

III. Vie d'introduzione e di propagazione del virus tubercoloso nei corpi. Provvedimenti profilattici.

IV. Della diagnosi precoce della tubercolosi nell'uomo e negli animali.

La stessa Commissione raccomanda altresì di volgere l'attenzione a questi altri quesiti:

1.° Eredità della tubercolosi nell'uomo e nelle diverse specie animali. — 2.° Contagio da uomo ad uomo, da animale ad animale, dall'animale all'uomo e viceversa. — 3.° Diversi modi di svolgimento della tubercolosi sperimentale secondo la quantità e qualità del virus inoculato. — 4.° Differenze delle affezioni tubercolose nelle diverse specie animali. — 5.° Mezzi di distinguere le lesioni prodotte dal bacillo di Koch, dalle granulazioni ed infiammazioni prodotte da diversi microbi (zooglee, bacterj della pneumonite contagiosa del majale, aspergilli, ecc.), da parassiti animali o da corpi estranei. — 6.° Lesioni tubercolari complicate da altre lesioni microbiche. — 7.° Modo di formazione delle cellule giganti e dei noccioli tubercolari. — 8.° Evoluzione delle tubercolosi locali. — 9.° Mezzi distruttivi dei bacilli di Koch. — 10.° Mezzi locali e generali capaci di arrestare l'estensione della tubercolosi sperimentale. — 11.° Valore della terapeutica chirurgica nelle affezioni tubercolari.

Al Segretario dott. Petit (Parigi, Rue Monge, n.° 11) vanno indirizzate tutte le comunicazioni relative al Congresso.

---

(1) La quota va diretta al Tesoriere M. G. Masson (Parigi, Boulevard St. Germain N. 120).

Rivista meteorologica del mese di settembre 1887 (1). — Nella prima parte della decade di settembre, una notabile depressione barometrica si mantenne a N-W. e N. d'Europa, oscillando fra Gran Bretagna e la Finlandia. L'Italia ne sentì l'influsso e si ebbero pioggie o pioggerelle fra l'1 e il 3, poi temporali con pioggie al nord e al centro in causa d'una depressione secondaria sul bacino del Po.

Nella seconda parte della prima decade si ebbe predominio del sereno, meno l'8 con poca pioggia in Piemonte. Sul finire della prima decade una lieve depressione sulla valle Padana, determinò pioggie e temporali al nord e al centro. La temperatura nella prima decade di settembre si mantenne sopra la normale di 1° a 2° da per tutto, anzi il massimo termico del mese occorse in questa decade, come è manifesto dalla tabella **A**, che qui segue, la quale indica le epoche ed i valori dei massimi e dei minimi termici durante il mese.

TABELLA **A**.

Estremi termometrici del mese di Settembre 1887.

Stazioni	Minimi		Massimi	
	Gradi	Giorni	Gradi	Giorni
Porto Maurizio . . .	18,8	30	28,4	4
Genova	13,8	30	27,8	18
Massa-Carrara . . .	13,0	22	29,2	1
Cuneo	7,9	29	26,4	10
Torino	10,3	28	26,6	3,4
Alessandria	9,6	23	28,3	3
Novara	10,0	27, 28	28,8	3
Pavia	7,3	28	29,2	6
Milano	10,3	28	30,0	1
Como	7,5	20	25,8	2
Bergamo	7,8	30	27,6	1
Cremona	8,0	28	29,3	2
Mantova	8,0	28	30,0	3, 4, 6, 7
Verona	9,6	28	31,7	4
Vicenza	7,5	28	29,4	4
Belluno	4,8	27	29,0	4
Udine	?	?	?	?
Treviso	7,2	28	32,3	4
Padova	8,0	27	29,0	4
Rovigo	8,0	28	31,2	4
Piacenza	6,1	28	28,9	1

(1) Comunicata dalla Direzione del R. Osservatorio del Collegio Romano.

Stazioni	Minimi		Massimi	
	Gradi	Giorni	Gradi	Giorni
Parma	7,0	28	31,6	1
Reggio Emilia	7,4	28	33,2	1
Modena	7,0	28	31,1	4
Ferrara	7,5	28	32,2	4
Bologna	11,5	28	30,8	1
Ravenna	3,4	23	13,9	4
Forlì	8,0	28	30,6	1,7
Pesaro	7,5	23	30,9	5
Ancona	12,6	27	30,0	9
Camerino	6,9	23	36,0	9
Ascoli Piceno	8,8	22	36,0	9
Perugia	3,8	23	31,5	8
Lucca	10,2	28	30,5	3
Pisa	0,5	23	31,4	9
Livorno	10,0	28	29,7	8
Firenze	8,4	23	32,2	3
Arezzo	8,0	28	33,8	8
Siena	7,9	8	32,1	8
Roma	10,2	23	33,7	9
Teramo	9,9	23	34,0	9
Aquila	4,7	23	31,4	8
Agnone	9,9	23	31,7	9
Foggia	11,8	24	35,8	9
Bari	11,4	24	31,1	30
Lecce	19,5	5	33,1	10
Monte Cassino	9,3	22	33,5	9
Napoli	12,0	23	32,8	8
Benevento	4,9	23	37,5	8
Avellino	3,1	23	32,1	8
Salerno	13,0	24	31,0	4
Potenza	5,9	22	30,0	9
Cosenza	8,4	23	33,8	10
Reggio Calabria	17,4	23	29,3	2
Trapani	18,1	25	31,9	1,2
Palermo	12,5	25	35,8	2
Girgenti	15,0	23	32,4	6
Caltanissetta	11,1	23	32,0	10
Messina	17,3	24	31,2	4
Catania	16,8	24	32,0	10
Siracusa	18,1	25	33,5	5
Sassari	13,0	28	33,2	7

Nella seconda decade, mentre una drepressione occupa il N-W. di Europa, si ebbero nei primi giorni pioggie e temporali in più parti d'Italia per il successivo formarsi di depressioni secondarie. Verso la metà della seconda decade la più bassa pressione barometrica si è portata a S-E. d'Europa, spira forte il maestro sulla penisola Salentina e si hanno pioggie e temporali al sud del continente italiano. Sul finire della seconda decade la massima pressione è a N-W. d'Europa, e però livellasi il barometro in Italia intorno a 763 e si hanno ancora qua e là pioggie e temporali. La temperatura media decadica fu di circa un grado superiore alla normale su quasi tutta l'Italia.

Diamo qui la tabella **B,** che contiene la qu·ntità d'acqua caduta nel mese di settembre 1887, nonchè quella caduta nel settembre 1886.

TABELLA **B.**

Acqua cadu'a nel mese di settembre 1887, confrontata con quella caduta nel settembre 1886.

Stazioni	Settembre 1887	Settembre 1886
Porto Maurizio	56,1	31,2
Genova	82,7	19,8
Massa Carrara	112,0	63,0
Cuneo	39,5	98,9
Torino	23,5	65,1
Alessandria	11,4	9,4
Novara	42,2	47,2
Pavia	7,1	14,5
Milano	59,6	45,8
Como	169,5	113,4
Bergamo	124,5	78,7
Brescia	?	81,0
Cremona	21,1	54,9
Mantova	70,6	50,1
Verona	59,0	86,0
Vicenza	71,0	66,2
Belluno	66,9	82,2
Udine	111,3	112,3
Treviso	87,7	53,6
Venezia	32,5	3,0
Padova	47,7	12,0
Rovigo	37,9	18,5
Piacenza	22,8	51,0
Parma	38,9	22,8
Reggio Emilia	32,9	17,2
Modena	33,0	20,1

Stazioni	Settembre 1887	Settembre 1886
Ferrara	35,1	28,5
Bologna	29,2	27,7
Ravenna	20,8	?
Forlì	29,9	16,8
Pesaro	69,1	28,1
Urbino	?	?
Ancona	74,0	75,5
Camerino	121,1	103,8
Ascoli Piceno	96,0	30,0
Perugia	76,1	?
Lucca	76,6	41,5
Pisa	53,0	3,1
Livorno	46,6	28,5
Firenze	43,3	24,9
Arezzo	123,1	52,6
Siena	131,5	19,3
Roma	186 5	36,7
Teramo	55,8	65,7
Chieti	?	23,1
Aquila	65,0	43,2
Agnone	67,8	21,6
Foggia	47,3	3,5
Bari	17,8	5,5
Lecce	43,9	13,8
Caserta	?	53,6
Monte Cassino	70,8	21,1
Napoli	55,3	23,7
Benevento	75,5	21,0
Avellino	90,9	41,9
Salerno	75,0	15,6
Potenza	76,7	42,3
Cosenza	29,5	34,7
Reggio Calabria	50;9	16,1
Trapani	71,6	6,5
Palermo	22,6	122,1
Girgenti	?	73,6
Caltanissetta	13,9	38,4
Messina	68,6	21,0
Catania	27,5	19,3
Siracusa	22,6	82,1
Sassari	123,5	17,0

Al principio della terza decade persiste l'alta pressione sulle isole Britanniche (772) ed è alquanto bassa la pressione sul Mediterraneo; di qui le pioggie ed i temporali che si verificarono sul medio e basso Adriatico, mentre al nord-ovest d'Italia era sereno.

Sotto l'azione anticiclonica del nord l'insieme del tempo si mantiene buono in Italia fino al 26 con barometro all'incirca livellato.

Peggiora il tempo il 27, poichè il livellamento tende a convertirsi in depressione; al mattino del 27 è generalmente coperto e piovoso.

Una depressione gagliarda raggiunge le coste d'Europa nord-ovest e modifica il gradiente in tutta Europa, piove copiosamente nelle Marche il 27 e moderatamente in molte stazioni.

Al mattino del 28 il cielo è dappertutto coperto; più tardi si hanno pioggie forti o fortissime al nord e al centro.

Soltanto al mattino del 30 la depressione del nord si è spostata sul Baltico (750), alza alquanto in Italia il barometro; il cielo è sereno soltanto al sud, il vento è fortissimo di sud sul canale di Otranto.

La temperatura media della terza decade di settembre è generalmente sotto normale.

Fatta eccezione del Lazio e di poche altre regioni italiane, il settembre nei primi 20 giorni ebbe grande scarsezza d'acqua, d'onde l'allarme generale che prima della terza decade di settembre ebbero gli agricoltori dovunque.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. **Corradi.**

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

(Contin. e fine, vedi fasc. prec. pag. 224).

RIVISTA D' ANATOMIA

del Prof. EDMONDO COEN dell' Università di Camerino

RIVISTA DI PEDIATRIA

del Dottor GIOVANNI GAZZANIGA

VARIETÀ.

RASSEGNA MEDICO-CHIRURGICA

Nono Congresso internazionale di Medicina e Chirurgia in Washington [1]

(Settembre 1887)

I. Sezione d'Anatomia.

Presidente dott. Guglielmo H. Pancoast di Filadelfia.

I. *Matthews J. M.*, di Louisville. — Anatomia del retto in relazione agli atti riflessi.

Dopo aver notato i rapporti anatomici della regione, faceva osservare come generalmente non si attribuiva importanza agli atti riflessi, e ricordava la difficoltà di rendere intieramente anestetico il retto e gli organi circonvicini. Considerava in seguito gli effetti della costipazione, la quale può produrre molteplici fenomeni nervosi, che in un caso da lui osservato, si spinsero fino a simulare l'atassia locomotrice. Insisteva sull'importanza di diligente esame del retto in certi casi di costipazione.

Il dott. Schaefer soggiungeva aver veduto casi di intollerabili dolori del perineo subitamente alleviati rimovendo la costipazione. — Il dottor Wile riferiva un caso di demenza prodotto dalle emorroidi e guarito poichè i tumori emorroidali furono estirpati. — Il dott. Strong di Chicago non poteva guarire pertinace blennorragia che dopo aver operato il malato delle emorroidi di cui quegli soffriva. — Il dott. Matthews consigliava di valersi del bistourì dovendo operare sul retto, facendo notare i pericoli delle injezioni d'acido fenico.

Il dott. Pancoast, Presidente, mostrava il catetere rettale di cui si serve, il quale è fatto in guisa da poter seguire le curve del retto.

II. *Ranney Ambrogio L.*, di Nuova York. — V'ha un rapporto fra le anomalie dell'apparecchio della vista e la così detta tendenza neuropatica?

Conchiudeva non esservi una ben determinata patologia nei disordini nervosi funzionali: che l'eredità vi entra quale importante fattore e che le manifestazioni della predisposizione neuropatica variano in ogni caso individuale.

(1) Ci serviamo della relazione datane dal *Medical Record*, ommettendo l'enumerazione delle memorie lette o presentate delle quali è indicato soltanto il titolo e il nome dell'Autore.

III. *Dunning L. K.*, di South Bend. — Dell'anatomia ed importanza chirurgica del tessuto cellulo-adiposo peri-renale e della capsula renale.

Dopo aver toccato dell'ufficio protettore che quel tessuto adempie rispetto al rene cui sta attorno, faceva osservare che la capsula agisce come una barriera che impedisce a qualsiasi infiammazione di estendersi al rene. Devesi tener conto di questa particolare disposizione nelle operazioni chirurgiche, quali la nefrorrafia, la nefrolitotomia e la nefrotomia.

IV. *Pancoast.* — Osservazioni varie d'anatomia.

Ricordava i progressi fatti dall'anatomia del cervello: esponeva la propria opinione circa la localizzazione delle lesioni cerebrali riguardo ai rapporti dei muscoli con le vicine articolazioni. Così pure circa la poca vitalità della cartilagine articolare ed all'uso dell'estensione e controestensione nelle artriti. Crede non sianvi che 4 ossa nel metacarpo, che le aponeurosi profonde agiscano non solamente come mezzo di protezione, ma anche come legamento. Parlava quindi della frattura della tuberosità bicipitale, e soggiungeva che la voce *anastomosi* non deve applicarsi che al sistema vascolare, ecc.

V. *Strong Alberto.* — Sezioni del bacino dell'uomo.

Mostrava per mezzo di essi i rapporti del peritoneo verso il retto, la vescica e la linea mediana della parete addominale, specialmente in relazione alla cistotomia soprapubica.

VI. *Shaefer F. C.*, di Chicago. — Considerazioni anatomiche in conseguenza della perdita di tutto il capillizio, d'un'orecchia e della maggior parte delle palpebre.

Ottenne la guarigione mediante innesti cutanei.

VII. *Boenning H. C.*, di Filadelfia. — Distruzione dei residui dei cadaveri provenienti dagli anfiteatri anatomici.

I metodi ordinarj costano molto e sono incomodi: nè l'uno nè l'altro difetto si ha con il fornello di Gregory che l'Autore commendava.

VIII. *Boenning H. C.* — Anomalia anatomica.

Mancanza dell'arco dell'aorta trovata nel cadavere di una negra.

IX. *Stern Massimiliano J.* — Anomalia anatomica.

L'anomalia riguarda l'arteria tiroidea media; ma non di più è detto.

X. *Sudduth W. X.* di Filadelfia. — Dello sviluppo delle ossa.

I corpuscoli bianchi del sangue costituiscono la base del gruppo intero del tessuto connettivo: l'osteoblasta non calcifica.

Lo sviluppo delle ossa si divide in: 1.° interstiziale, 2.° intermembranaceo; 3.° sottoperiosteo; 4.° intercartilagineo.

XI. *Lee Benjamino*, di Filadelfia. — Deformità della colonna vertebrale.

Deformità congenita prodotta da morale impressione materna sul feto.

II. — Sezione di Chirurgia.

Presidente G. J. Briggs, di Nashville.

I. *Briggs. G. J.* — La Chirurgia scientifica.

La chirurgia scientifica fa passi da gigante: l'Oratore confrontava il passato quando la chirurgia temeva d'aprire la cavità peritoneale con il presente, in cui, grazie all'antisepsi, quella opera arditamente e con buona fortuna.

II. *Parkes C. J.*, di Chicago. — Contribuzione allo studio delle ferite fatte da arma da fuoco.

Prima del 1885 non ha potuto trovare che cinque casi ne' quali venne cercata la ferita dell'intestino con lo scopo di rimediarvi con operazione metodica. D'allora in poi si hanno 36 osservazioni con 9 guarigioni: l'esperienza darà le indicazioni esatte che giustificano l'operazione. Bisogna tener conto del volume e della forma della palla, la distanza che ha percorso il projettele e la specie dell'arma. Quando siavi una ferita d'ingresso e una d'uscita si può approssimativamente giudicare quali sono gli organi feriti: ma come determinare quale sia la porzione delle anse intestinali offesa? Leso il diaframma, non v'ha più speranza. L'Autore notava quindi i sintomi che danno modo di fare la diagnosi di perforazione intestinale. Quando siavi un tumore circoscritto della parete addominale, generalmente è conseguenza d'una emorragia intraparietale e la cavità addominale non è aperta. Vomito protratto è sintomo più grave dello *choc* e della temperatura. L'esame anatomico ha più volte mostrato come una semplicissima operazione avrebbe salvata la vita del paziente. La nefrotomia deve farsi quando il rene è ferito, e la splenotomia quando altrettanto sia della milza. L'Autore raccomandava l'incisione esploratrice mediana e la sutura continua con filo di seta.

III. *Senn N.* — Contribuzione alla chirurgia sperimentale dell'intestino.

L'Autore preferisce la sutura alla resezione delle anse intestinali.

1.° *Ostruzione intestinale artificiale.* — L'enterectomia parziale e la sutura longitudinale della ferita costituiscono una fonte di pericolo quando riducono alla metà il calibro dell'intestino e quando, sono seguite da gangrena prodotta dalla distruzione dei mezzi che provvedono alla nutrizione arteriosa. — 2.° La *flessione* può anche derivare dall'enrectomia parziale e dalla suturate longitudinale, non che da diversi processi inflammatorj. — 3.° Il volvolo è pure una causa di ostruzione. — 4.° L'invaginazione di rado si riduce spontaneamente.

Deve procedersi guardinghi nell'injettare grandi quantità d'acqua nel colon e nel retto per evitare le lacerazioni peritoneali che produce la distensione eccessiva di questi organi.

L'enterectomia, quando l'intestino sia reciso per tre a cinque piedi,

è mortale nel cane, a cagione del traumatismo, ovvero dei successivi disordini della digestione. Se parte d'intestino sia resa impotente, cioè non più in grado di compiere le proprie funzioni, non ne conseguono per ciò fenomeni sì gravi come dopo la resezione: tale parte diventa atrofica e non vi si accumulano più materie fecali.

L'enterorrafia circolare. — È una modificazione della sutura di Jobert, e la parte invaginata viene circondata con un anello sottile e flessibile, e il catgut è preferibile alle suture di Czerny e di Lambert. In oltre bisogna innestare l'epiploon su la linea di sutura: il pericolo della perforazione è diminuito con questo processo. Fa d'uopo assicurare la continuità della superficie peritoneale colà dove il mesenterio è staccato unendo il peritoneo prima di riunire l'intestino.

Anastomosi intestinale. — Operazione con la quale si otterrebbe una comunicazione fra l'intestino posto sopra all'ostruzione è la parte che vi sta sotto: va preferita all'enterotomia e alla resezione nei casi in cui sia impossibile fare scomparire la causa dell'ostruzione, o quando le modificazioni patologiche che la producono non mettono in pericolo la vita del paziente.

La *gastro-enterotomia* e la *jejuno-ileostomia* debbono farsi per approssimazione mediante laminette ossee prive di calce e traforate. Quando l'ostruzione abbia sede nel cieco o nel colon, si può sostituire a quest'ultima operazione l'imboccamento dell'ileo nel colon o nel retto. Ciò va bene specialmente nelle invaginazioni ileocecali irreducibili, quando non vi ha gangrena, nè perforazione; altrimenti la parte invaginata va recisa.

Quando le due estremità dell'intestino non sono del medesimo lume, la continuità va ristabilita mediante laminette accostanti perforate. Nel caso di ferite multiple da arma da fuoco poste lateralmente all'intestino o sulla sua convessità, le laminette sono preferibili alla sutura.

Esperimenti d'adesione. — La riunione definitiva d'una ferita intestinale non è completa che dopo si è formata una rete di vasi nuovi su le superfici sierose che si sono accostate: essa può succedere nel corso di 6 a 12 ore.

La scarificazione del peritoneo sui punti che vanno accostati concorre a formare aderenze curative. Gl'innesti epiploici, larghi due pollici e assai lunghi per circondare l'intestino, gli si fanno aderenti in 12 o 18 ore. Questo tempo dell'operazione mai dovrebbe essere negletto nella resezione circolare o nella sutura delle grandi ferite intestinali.

Il dott. Senn presentava altresì delle preparazioni, le quali dimostravano l'utilità dell'operazione fatta sui cani.

IV. *Homan Giovanni* di Boston. — 384 Laparatomie per malattie diverse.

Suole adoperare apparecchi fognatori che fa pulire ogni 4 ore, ma non crede che puliscano la cavità addominale, quantunque Keith di

Edimburgo affermi d'avere cavato fuori con quest'espediente 8 litri di liquido. Egli ha avuto un caso di tetano consecutivo alla laparotomia, e finito con la morte al terzo giorno, ed un caso di calcolo vescicale prodotto da peli caduti nella vescica. Il numero massimo in fila delle guarigioni è stato di 38. Considera le cisti suppurate dall'ovaja per rarissime, non avendone veduto che una.

Si serve del processo extra-peritoneale e dello schiacciatore. Se apre la vescica durante l'operazione vi lascia entro una siringa pieghevole. Ha avuto 5 casi di fibroma con emorragie: uno guariva, uno migliorava ed un altro senza vantaggio. Ha estirpato una volta l'utero, ma con esito infelice. Ha operato un ascesso dell'ovaja che guariva; così pure in un caso di peritonite tubercolare. Cinque casi d'ano contronatura, tre guarigioni. La castrazione per malattie nervose non gli ha dato buoni risultati. Due casi di mixo-lipoma, una morte. Ha fatto la laparatomia una volta per un ascesso peritiflitico: il malato guariva.

V. *Hewson Addinell* di Filadelfia. — Laparatomia senza sutura.

Riunisce i margini della ferita semplicemente per mezzo d'una *gaza* speciale, che chiama *gaza di Donna Maria.*

VI. *Mattews* di Louisville. — Indicazioni della colotomia.

Nel caso d'epitelioma del retto, quando la lesione è distante 3 pollici dell'ano la colotomia non deve farsi: se v'ha un restringimento troppo alto per poterci giungere col dito, se è di natura sifilitica, ecc. non si deve operare.

Il prof. Dawson e il dott. Quimby dissero essere del medesimo parere dell'Autore; ma il dott. Samuel Benton di Londra, non vedeva perchè la colotomia fosse controindicata nel cancro del retto: allevia per lo meno il dolore.

Queste comunicazioni porsero occasione ad una discussione sulla *chirurgia addominale.*

Secondo il dott. W. N. Hingston di Montréal è indicato di operare quando il tragitto del projettile sia incerto. Ei meravigliavasi che il dott. Homan avesse avuto il 10 per 100 di ernie ventrali: probabilmente il suddetto dott. Homan non ha ottenuto che un miglioramento in 5 operazioni per disturbi nervosi.

Il dott. J. B. Murphy di Chicago osservava che talvolta devesi fare l'incisione all'esterno della linea mediana per raggiungere l'intestino.

Il dott. S. C. Gordon di Portland narrava aver egli veduto 3 ernie ventrali sopra 8 casi di ernie, e di aver operato 33 volte a cagione d'isterismo: 25 delle sue operazioni guarivano, e l'avrebbero attestato presentandosi in quello stesso giorno davanti alla *Sezione di Chirurgia.* Cotesto risultato non corrisponde per altro a quello di molti altri operatori.

Il dott. Cowden raccontava di essere guarito da un invaginamento senz'operazione.

VII. *Mac Lean Donald* di Détroit. — Tre casi di malattia chirurgica del rene.

1.° Giovane di 21 anni, nella quale era sta fatta diagnosi di tumore ovarico: era invece una cisti del rene. Laparatomia: guarigione. — 2.° Donna di 40 anni. Immensa cisti del rene: laparatomia; guarigione. — 3.° Fanciullo: morte.

Il dott. W. H. Hingston di Montréal narrava di aver egli pure fatto la laparatomia in 3 casi analoghi: due degli operati morirono per *choc;* guariva senza complicazioni l'altro nel quale venne fatta l'incisione lombare.

VIII. *Longmore Tommaso,* di Netley. — Difficoltà di fornire al soldato in guerra una medicatura temporanea.

La medicatura antisettica è ormai adottata presso tutti gli eserciti europei. — A tale modo di medicatura si mostrano favorevoli a voce i dott. Stern, Read, Brockway Bontecou, Smith, J. K. Porter Neudorfer, e per iscritto il prof. Esmarch.

IX. *Watson B. A.* di Jersey City. — Cura immediata delle ferite da arma da fuoco.

Ricordava i doveri del chirurgo militare sul campo di battaglia: poscia discuteva le condizioni che deve avere un posto di soccorso ben provveduto, i mezzi emostatici più adatti, la nettezza delle ferite, la medicatura antisettica, ecc.

Il dott. Cullen in proposito faceva osservare quanto sia difficile osservare le regole dell'antisepsi sul campo di battaglia: raccomandava di trasportare il meno possibile i feriti; per lui il sangue che dà la ferita è il miglior antisettico.

Invece il dott. Guglielmo Varian di Titusville commendava la cura antisettica, ciò che pure faceva il dott. D. L. von Farkas di Buda-Pesth presentando altresì un apparecchio fognatore speciale ed uno speculum per l'esame delle ferite da arma da fuoco.

Il dott. Edmondo Owens di Londra faceva osservare che il volume del tumore influisce nella scelta dell'incisione.

Il dott. Hardy di Indianopolis citava un caso mortale con un taglio mediano.

Il dott. Lange di New-York, dichiarava di preferire l'incisione lombare, disposto a tagliare perfino il tumore quando il soverchio suo volume ne impedisse l'estrazione.

Il dott. Mac Lean conchiudeva col dire che bisogna prescegliere il taglio lombare ogni volta che sia possibile.

X. *Richardson* di Boston. — La gastrotomia per corpi estranei in gola.

Presentava un malato di 37 anni, al quale aveva fatto la gastrotomia per estrarre un pezzo di dentiera scesa nell'esofago 4 centim. sopra il cardias. Quando il malato entrò nell'ospitale non fu possibile scoprire il punto dell'ostruzione: fu congedato non avendo dolori e inghiottendo senza difficoltà.

Ma 11 mesi dopo ritornava molto sofferente e oltremodo dimagrito. L'Autore fece la gastrotomia con un taglio abbastanza grande per in-

trodurvi la mano ed estrarre il corpo estraneo. Non ostante che vi fosse un piccolo ascesso, l'operato guariva in breve. Se avesse potuto determinare la sede dell'ostruzione, il dott. Richardson era persuaso che avrebbe potuto estrarre quel pezzo di dentiera con le pinzette. Soggiungeva d'aver fatto 60 volte consimili operazioni.

XI. *Dennis I.* — Amputazione nell' articolazione coxo-femorale per sarcoma.

I chirurghi dovrebbero dar conto dell'esito di casi consimili, perchè su 28 osservazioni ei non ne ha trovato che 2 i cui soggetti siano tuttora vivi. Riferiva i punti principali della storia del suo operato, giovane di 17 anni. Il tumore lungo 10 pollici, aveva la circonferenza di 27. L'operazione riescì facile ed il malato guariva senz'accidenti.

Le considerazioni che seguono rendono l'osservazione interessante: 1.° Non vi erano antecedenti; 2.° non vi ebbe causa eccitante; 3.° rapido sviluppo; 4.° niun tumore secondario; 5.° convalescenza rapida; 6.° emorragia secondaria non piccola; 7.° pronostico poco favorevole; 8.° confermata la diagnosi per mezzo dell'esame microscopico; 9.° ascesso circoscritto nel corpo dell'osso; 10.° nessuna frattura spontanea del femore; 11.° cellule miste voluminose del sarcoma; 12.° estirpazione di tutto il tumore mediante amputazione dell' articolazione coxo-femorale, anzichè del terzo superiore della coscia.

I dott. Mac Lean, Wecks e Manley approvavano il processo seguito dall'operatore. Il dott. Reyher dichiarava di essersi trovato contentissimo adoperando il metodo Lister, e il D.r N. Smith di preferire l'operazione del Brodie e la compressione digitale, per ottenere l'emostasia.

XII. *Garmordy* di Nuova York. — Cura chirurgica della pazzia d'origine traumatica mediante la trapanazione.

Una giovane venne trapanata dieci anni prima a cagione di frattura del cranio che comprimeva: ne seguirono sintomi di pazzia e l' Autore ripetè la trapanazione. Guarigione perfetta.

Sir Giacomo Grant faceva notare che gli stupidi meglio che le persone intelligenti tollerano una frattura del cranio: l' educazione sviluppa la sensibilità del cervello.

Il dott. Garmony citava l' osservazione d' un ragazzo che dopo una frattura del cranio venne preso da accessi epilettici: ei lo trapanava due volte, e dalla ferita usciva molto liquido cerebro-spinale. D' allora in poi il malato sta meglio.

XIII. *Manley* di Nuova York. — Ferita d'arma da fuoco dell'intestino crasso. Laparatomia. Guarigione.

L'operazione venne fatta due volte. È più pericolosa nell'uomo a motivo del tipo addominale del respiro. Ad evitare la consecutiva ernia ventrale, l'incisione dev'essere il più che è possibile piccola. La fognatura delle cavità non è necessaria.

XIV. *Newmann Roberto* di Nuova York. — Il catetere galvanocauterio.

È specialmente utile nell'ipertrofia della prostata. Si deve adoperarlo con intervallo di 3 a 6 giorni, il cauterio non essendo affatto rovente non avviene si produca emorragia, nè septicemia.

XV. *Carnochan* di Nuova York. — Caso di saldatura ossea del collo del femore nell'interno della capsula.

Succedeva ciò in una vecchia di 70 anni assistita con molta cura.

XVI. *Lemoyne F.* di Pittsburg. — Apparecchio speciale per la cura delle fratture del femore.

Ecco come procede. — Fatta la debita incisione, escide l'estremità di uno dei frammenti in forma di cono, e vi adatta l'altro: perfora le due estremità alla distanza di un pollice e mezzo della sede della frattura. Una verga d'acciajo è posta in guisa che due prolungamenti che ne partono ad angolo retto si fissino nei due fori. La ferita è riaperta dopo 9 settimane e l'apparecchio è tolto.

Il dott. Manley faceva osservare che la sutura ossea dà ottimi risultati e che si possono benissime lasciare in posto i fili di ferro.

XVII. *Assaky Giorgio* di Bucharest. — Il jodolo in chirurgia.

Conclusioni. — 1.° Il jodolo produce l'unione per prima intenzione: per ciò non occorrono altri ajuti. Agisce benissimo nelle piaghe aperte suppuranti, nell'ulcero hunteriano; nell'ulcero molle varia il risultato e così pure nel bubbone. — 2.° L'organismo sostiene benissimo dosi quotidiane di 40 centim. a 2 gram. di jodolo anche dato per molto tempo. — 3.° Questa cura dà ottimi effetti nelle malattie scrofolose e nella sifilide terziaria. — 4.° Migliora la nutrizione, aumenta le forze ed il peso. 5.° È antipiretico.

XVIII. *Milton J. Roberto.* — Metodo nuovo per le operazioni sulle ossa con l'osteotomo elettrico.

L'ingegnoso apparecchio lascia scorrere per entro il manico cavo i fili elettrici, i quali fanno girare una sega circolare, che può essere cambiata secondo la grandezza che vuole l'operatore. Un meccanismo speciale permette alla mano che tiene l'istrumento di chiudere rapidamente e facilmente la corrente.

XIX. *Post Giorgio E.* — Il calcolo vescicale in Siria.

Vi è frequentissimo. Vi hanno chirurghi ambulanti che non fanno altro che estrarre pietre dalla vescica. L'Autore descriveva il loro modo di operare, soggiungendo che ne ottengono ottimi risultati. L'Autore ha fatto 250 cistotomie, delle quali 160 in fanciulli minori di 10 anni.

Il dott. J. A. S. Grant soggiungeva che i calcoli sono pure frequentissimi in Egitto.

XX. *Senn N.* di Milwaukee. — Costrizione elastica del collo, esclusa la trachea, come mezzo emostatico nelle operazioni sulla testa.

Ha sperimentato sui cani i quali tollerano la costrizione per due o tre ore.

XXI. *Carnochan* di Nuova York. — Doppia lussazione dell'articolazione coxo-femorale.

Rimaneva il dubbio se fosse una vera lussazione od un vizio di conformazione. Il dott. R. T. Morris credeva si trattasse d'un arresto di sviluppo; il dott. Post faceva notare che vi hanno non pochi casi d'origine distintamente rachitica.

XXII. *Link* d'Indianopoli. — L'alcool come anestetico.

Ei l'amministra a questo modo: 2 oncie di viskey ogni 5 minuti fino a che il malato n'abbia preso mezzo litro: quindi alcune inspirazioni di cloroformio.

XXIII. *Dickson Giuseppe N.* di Pittsburg. — Considerazioni anatomiche intorno l'amputazione e la disarticolazione della caviglia con un metodo nuovo (1).

L'incisione è più anteriore di quella di Syme. L'operazione ha dei vantaggi perchè dà un lungo lembo plantare; divide obliquamente i malleoli e preserva la borsa sierosa fra il tendine d'Achille e la testa del calcagno. I malati guariscono in media dopo 21 giorni.

XXIV. *Milton Giosia Roberto.* — Considerazioni anatomiche meccaniche fondamentali che regolano la cura delle deformità, delle malattie e delle debolezze della colonna vertebrale.

Consiglia di applicare il corsetto di filo di ferro che poggia sopra le sporgenze ossee.

III. — Sezione di chirurgia dentaria e d'odontologia.

Presidente dott. Jonathan Taft di Cincinnati.

I. *Carr William*, di Nuova York. — Cura delle fratture dei mascellari mediante un nuovo apparecchio interdentario.

Nelle fratture del mascellare inferiore i malati di solito non chiedono soccorso chirurgico che quando la gonfiezza comincia ad essere molesta, cioè parecchi giorni dopo il fatto. Il dott. Carr prende l'impressione dei denti con della cera, e fabbrica un apparecchio di gomma elastica vulcanizzato, che copre tutti i denti della mascella inferiore e quelli della superiore che susseguono ai canini. Accomoda quindi l'apparecchio alla mascella sana, e ripone in luogo il mascellare rotto. L'apparecchio dev'essere portato da 3 a 4 settimane.

II. *Brasseur E.* — Dell'aria nella terapeutica dei denti.

Insisteva sui vantaggi di sostituire al bicloruro e bijoduro di mercurio, all'acido fenico cristallizzato l'aria calda che distrugge meglio i microbi della bocca e dei denti cariati.

III. *Cravens Junius E.*, di Indianopolis. — Cura dei denti senza polpa.

Non ammette che il dente senza polpa sia necessariamente un dente

---

(1) Di questa e della successiva comunicazione la relazione, che abbiamo preso per guida, fa cenno nella *Sezione d'Anatomia;* noi le abbiamo trasportate in questa di *Chirurgia* perchè ci sembra sia la sede loro naturale.

morto: invece di curare il dente con escarotici, pulisce per bene il canale polpare e l'ottura ermeticamente con foglia d'argento.

I dottori Thomas Fillebrown di Portland e A. W. Harlan di Chicago, dichiararono di essere di tutt'altro avviso; anzi il dott. W. C. Barrett di Buffalo, meravigliavasi come oggi si potessero sostenere *assurdità* simili a quelle esposte dal dott. Cravens.

IV. *Goddard M. C. L.* — Dolore nell'articolazione temporo-mascellare, prodotto dall'irregolarità dei denti.

Uomo di 30 anni, che quasi non poteva masticare; disgiunti i denti, guariva.

V. *Chisholm G. S.*, di Tuscaloosa. — Influenza dei cambiamenti di stagione sull'organismo umano.

Quando il nervo d'un dente sia scoperto e la pressione barometrica s'abbassi, esso tende ad essere *attratto*, d'onde poi sorgono fenomeni inflammatorj.

VI. *Andrieu*, di Parigi. — Sul molare del 6.° anno.

Consigliava d'estrarlo tosto che i denti permanenti siansi sviluppati. Ma gli altri membri della sezione s'opponevano a tale pratica.

IV. — Sezione di chirurgia e di medicina militare e navale.

Presidente dott. Enrico H. Smith di Filadelfia.

I. *Smith E.* — Della chirurgia militare negli Stati Uniti.

Non v'ha paese dove il soldato abbia occasione di salire ne' gradi quanto gli Stati Uniti, e dove il corpo medico militare abbia fatto maggiori progressi. I chirurghi americani hanno reso servigj grandissimi nelle guerre europee. Il pregio grandissimo della storia medico-chirurgica nella guerra di separazione è da tutti attestato.

II. *Taylor Morse K.*, chirurgo nell'esercito degli Stati Uniti di Sant'Antonio. — « Della necessità d'un esame più minuto delle acque dei posti militari, dove siavi una quantità anormale di malattie e dell'esame delle condizioni igieniche circonvicine. »

Faceva osservare che i posti provveduti d'acqua pura in quantità sufficiente, trovansi in ottime condizioni sanitarie.

Nella discussione che ne seguiva, il dott. W. H. Lloyd, ispettore generale della marina inglese, ricordava che sempre si fa l'analisi dell'acqua di cui debbono servirsi i marinaj.

Il dott. Giuseppe R. Smith notava come sia difficile di decidere se un'acqua è buona o no, essendo impossibile di servirsi del microscopio in campagna. — Il dott. Marston passava in rassegna certe epidemie osservate fra i soldati, che provenivano da acqua impura.

III. *Smith Giuseppe*, dell'esercito degli Stati Uniti. — Del miglior vitto pel soldato.

Le proporzioni medie di carbonio e d'azoto debbono essere di 330 grammi per la prima sostanza, e di 200 per la seconda.

IV. *Collins Giacomo*, di Filadelfia. — Della costruzione degli ospitali in guerra.

Si ferma particolarmente sull'ospitale dell'esercito del Potomac, a City Point nella Virginia, nel 1864-65; il quale era composto esclusivamente di tende, e nel quale vennero curati 71,223 uomini.

V. *Reyburn Roberto*, di Washington. — Le ferite prodotte da palle esplodenti sono tali da esigere leggi internazionali che vietino l'uso di simili projettili?

Le palle esplodenti producono ferite lacere susseguite da estesa suppurazione, e però dovrebbero essere proibite.

Il dott. Carlo G. Woorhees della Nuova Brunswick, leggeva una memoria sul medesimo argomento e conchiudeva come il dott. Reyburn; ma il dottor Marston, addetto al Ministero della guerra inglese, faceva notare che nessuna nazione civile ha, dopo la guerra di Crimea, adoperato cotale fatta di projettili.

VI. *Marston A. Jeffrey.* — Età dell'acclimamento del soldato rispetto al servizio militare.

L'età migliore per far il soldato è da 27 a 30 anni. L'Autore discuteva quindi dell'influenza del clima sulle milizie, specialmente nell'India; le malattie più comuni sono la febbre tifoide, l'epatite ed i disturbi cardiaci.

VII. *Anderson Giovanni.* — Dell'insolazione nelle Indie.

Dopo aver detto delle diverse specie d'insolazione, l'Autore faceva osservare che il soldato deve vestirsi leggiero e mangiar poco. Biasimava grandemente l'uso dell'alcool: la miglior bevanda è il thè freddo con il succo di limone. Come medicamento lodava le injezioni sottocutanee di bromidrato di chinina (15-20 cent.).

Il dott. Marston confermava l'utilità di cotesta cura; vero è che le è stata fatta colpa di produrre il tetano, ma ciò non sarebbe avvenuto se la soluzione fosse stata fatta pura e con strumenti puliti.

VIII. *Hyde Federico.* — Cura delle ferite penetranti delle articolazioni.

Innanzi tutto si provveda all'emorragia e si pulisca accuratamente la ferita, da allargare se occorre. Per mantenere immobile il membro vale l'apparecchio gessato.

IX. *James Enrico*, di Waterbury. — Delle ferite addominali da arma da fuoco penetranti e non mortali, curate senza laparotomia.

Ha riunito 27 osservazioni con 18 casi di complicazioni da parte dei visceri e degli organi del bacino e dell'addome. Non ha mai fatto laparotomia se non per estirpare frammenti d'ossa, projettili od altri corpi estranei.

X. *Morton Tommaso G.*, di Filadelfia. Le ferite penetranti dell'addome.

Ciò che innanzi tutto è da considerare è lo stato generale del malato; l'esito dell'operazione ne dipende più che mai. Bisogna essere certi che vi ha una perforazione dell'intestino o di altro organo ad-

dominale; se il chirurgo ne sia persuaso, non deve esitare ad operare, perchè il pericolo d'un'emorragia o di stravaso di materie fecali nel peritoneo è sempre presente. La cavità va largamente aperta e lavata con una soluzione calda di sublimato nella proporzione di 10 millesimi. L'operazione sul campo di battaglia assai difficile potrebbe farsi, nondimeno non sarebbe impossibile. Il dott. Morton è partigiano della laparotomia nella perforazione della febbre tifoide.

Il Presidente, dott. Smith, condivide il parere del dott. Morton, il quale ha avuto ottimi risultati nella cura delle ferite addominali.

XI. *Moore,* di Richmond. — Cura delle ferite penetranti dell'addome da arma da fuoco.

Presenta delle cifre tratte dalle statistiche degli eserciti francesi ed inglesi. Nessun chirurgo ha avuto l'esperienza necessaria in quest'operazione relativamente nuova per sciogliere la questione. La diagnosi di perforazione è per sè stessa difficile. L'incisione sia, per quanto è possibile, piccola.

XII. *Varian Guglielmo*, di Titusville. — Etiologia e cura della gangrena d'ospitale in tempo di guerra.

Passate in rassegna le condizioni che agevolano lo sviluppo, e discussa la possibilità di un agente settico speciale, l'oratore conchiudeva che il male è locale, e poneva un contagio *auto-generativo*, mediante il quale s'estende. La cura medica è inutile; bisogna distruggere interamente i tessuti malati mediante il coltello e gli acidi.

XIII. *Buvinger Carlo G.*, di Pittsburgh. — Etiologia e cura della dissenteria e della diarrea castrense.

Ignota n'è l'origine, non essendosi scoperto verun microrganismo che la produca. Nella cura adopera sopratutto la seguente ricetta: Acido nitroso a 43° 4 gr.; laudano di Sydenham 8 gr.; acqua distillata 180 gr.; sciroppo semplice 250 gr. (da prendersene una cucchiajata ogni 3 ore), ovvero quest'altra: Polvere d'acacia 50 gr.; olio di trementina 60 gr. da mescere in 100 gr. d'acqua e 400 di sciroppo semplice (un cucchiajno da caffè ogni 3 ore).

XIV. *Brown Chas W.*, d'Elmira. — Etiologia e cura del tetano.

Il tetano è malattia specifica contagiosa ed infettiva, prodotta, secondo Rosenbach, da un microbio. L'Oratore citava le osservazioni fatte sopra animali. Il tetano viene spesso confuso con la meningite cerebro-spinale. La ferita dev'essere medicata col metodo antisettico; il malato deve essere isolato; la chinina è stata adoprata a dosi enormi (17 grammi) con buon effetto.

Il dott. J. Mc. Gaston d'Atlanta, non credeva che l'origine bacillare del tetano sia abbastanza dimostrata; il microbio speciale che si dice essersi trovato nel corso della malattia, può esserne l'effetto anzi che la causa. Il fatto che il tetano si distende dove già esiste, non prova che non possa essere prodotto da condizioni atmosferiche. Ciò può essere di fatto ogni volta che il tetano provenga dallo sviluppo d'una

ptomaina. Come cura, l'Oratore consigliava il cloroformio, il cloralio, il bromuro ad alte dosi. Su 18 casi curati in tal modo, 10 guarirono.

XV. *Brocway Boutecon R.*, di Troy. — Quale specie di ferite da arma da fuoco esigono la resezione o l'escisione nelle guerre moderne?

Enumerati distesamente i vantaggi delle escisioni dopo che divenne popolare il metodo antisettico, l'Oratore citava osservazioni di ferite da arma da fuoco del cranio, della clavicola, dell'omoplata e della spalla. Le resezioni negli arti inferiori non hanno buoni risultati sotto il punto di vista dell'accoricamento del membro. Neppure bisogna dimenticare i buoni frutti che si ottengono senza verun atto operatorio, con le medicature antisettiche.

XVI. *Jones Enrico,* di Waterbury. — Le fratture da arma da fuoco del femore.

Data una particolareggiata statistica dei feriti curati secondo diversi metodi e la mortalità comparativa, l'Oratore conchiudeva: 1.° Le ferite antero-posteriori non guarirono meglio delle trasverse; 2.° le fratture prodotte da projettili lanciati con la massima velocità erano più pericolose delle altre prodotte da una palla di corso più lento; 3.° la mortalità era maggiore ne' prigionieri; 4.° le fratture da arma da fuoco si consolidano talora più presto delle fratture semplici; 5.° successe un sol caso di pseudartrosi in 263 casi, ne' quali vennero adoprati apparecchi; 6.° emorragie secondarie non si manifestarono che 9 volte; 7.° un sol caso di tetano; 8.° il cattivo tempo e un' imperfetta ventilazione produssero la cangrena d'ospitale nel 1883; 9.° l'accorciamento in generale era maggiore d'un pollice; 10.° la formazione del callo era spesso irregolare ed eccessiva; 11.° la maggior parte dei feriti furono curati sotto tenda.

XVII. *Elisha H. Gregory,* di Saint Louis. — L'amputazione per traumatismo di parti viventi non è mai necessaria.

Per corroborare la sua tesi, l'Oratore passava in rassegna i numerosi processi moderni che rendono sì spesso possibile la conservazione delle parti offese.

XVIII. *Griswold E.* — Quali sono sul campo di battaglia le indicazioni per amputare a cagione di ferite da arma da fuoco?

Enumerate le condizioni che giustificano l'intervento, raccomanda l'osservanza di rigorosa antisepsi.

V. — **Sezione di Climatologia medica e di Demografia.**

Presidente il dott. Alberto L. Gihon della Marina degli Stati Uniti.

I. *Gihon L.* — Importanza della Climatologia e della Demografia come parti annesse della medicina.

Ricordava i servigi che può rendere lo studio serio della climatologia, che è un ajuto potente alla medicatura preventiva. Mercè di essa le

esalazioni delle paludi di Savannah e dell'Olanda, la Maremma toscana e la Campagna romana non sono più pestifere. Le statistiche della vita debbono essere tenute con la maggior cura sotto la direzione governativa.

Conformemente a questa conclusione la Sezione nella successiva adunanza deliberava di far opera perchè in ogni paese siavi un ufficio di *Statistica vitale* organizzato in modo uniforme.

II. *Deninson Chas* di Denver. — Il miglior clima pei tisici.

Negli Stati Uniti cotesto clima si trova ad un'altitudine di 1500 piedi, nel nord, in inverno, e a 10000 piedi, nel sud, in estate. Quando i malati abbiano una certa età, siano di temperamento nervoso, soffrano di lesioni valvolari del cuore, d'enfisema, di pneumatorace, di pneumonite, d'emottisi, o di notabile febbre, le stazioni alte sono controindicate. In ogni caso è loro necessario un clima sereno, asciutto, freddo e con temperatura costante.

III. *Moore Gio. Guglielmo* di Dublino. — Prevalenza della pneumonite secondo le stagioni.

A suo avviso la pneumonite è una vera febbre, per le seguenti ragioni: 1.° Spesso si presenta in forma epidemica; — 2.° è infettiva; — 3.° in molti casi ha origine tifica; — 4.° il suo stadio d'invasione somiglia a quello delle altre febbri specifiche; — 5.° la comparsa di fenomeni generali prima che i segni locali siano valutabili; — 6.° la repentina defervescenza; — 7.° le eruzioni sulla pelle di erpete, di macchie, ecc.; — 8.° le complicazioni che conseguono, come la nefrite, ecc.; — 9.° la scoperta d'un bacillo probabilmente patogeno.

IV. *Baker B. Enrico* di Lansing. — Relazioni fra certe condizioni meteorologiche e le malattie acute del polmone.

Ricordava che l'aria fredda è pur secca: non può essa contenere che 3 centig. di vapore acqueo a 0° Fahr. (30° cent.). Or bene l'aria esalata alla temperatura di 98 Fahr. (20° cent.) contiene più che un grammo di vapore acqueo, che ha sottratto dagli organi respiratorj.

Si produce così una secchezza anormale, che può essere susseguita da irritazione e suppurazione. Sembra a lui che molte volte stia in ciò la causa della corizza, della bronchite e della pneumonite. Egli ha pubblicato delle statistiche, le quali tendono a mostrare che anche le malattie contagiose, quali la scarlattina, la difterite e il vajuolo, obbediscono alle medesime leggi che le malattie degli organi respiratorj.

V. *Tucker Wise A.* di Engadina. — Il clima delle alpi Svizzere; la cura delle malattie polmonari all'altezza di 6000 piedi.

L'inverno nelle alpi ha di speciale l'aria asciutta, senza microbi e sostanze irritanti; il sole vi splende continuamente; la pressione è bassa e l'atmosfera è sopraccarica d'ozono. Da queste condizioni ne segue: — 1.° Il malato respira dell'aria asettica, che non contiene nè polvere, nè materie irritanti, nè microbi; — 2.° lo stato di secchezza e la bassa pressione atmosferica aumentano l'ossidazione del sangue e

dei tessuti; — 3.° l'esagerazione dei movimenti respiratorii rende più attiva la circolazione polmonare; — 4.° ne consegue maggior attività nel sistema linfatico dei polmoni, un miglioramento nella nutrizione e nella secrezione glandolare, uno stimolo nel sistema nervoso.

Le stazioni invernali principali si trovano a Moloja, Wicsen, Davose Saint-Moritz. L'Oratore riferiva 23 osservazioni che dimostravano un notabile miglioramento.

VI. *Munson Coan Tito* di Nuova York. — Le acque minerali americane.

Le divideva in acque degli Stati dell'Atlantico, del sud centrale, del nord centrale e del Pacifico. Sono relativamente rare nell'est. Diversissima n'è la composizione e però diverse assai ne sono le proprietà curative. L'Oratore ne faceva rapida rassegna.

VI. — Sezione di Dermatologia e Sifilografia.

Presidente R. S. Robinson di Nuova York.

I. *Robinson S. R.* — Dell'insegnamento della dermatologia negli Stati Uniti.

Ne lamentava l'insufficienza; negli Stati Uniti non avvi veramente veruna scuola delle malattie della pelle; e però assai poco è il lavoro originale che su tale parte della medicina vi si produce.

II. *Welech Guglielmo.* — La vaccinazione nello stadio d'incubazione del vajuolo.

Anche fatta in tale stadio la vaccinazione riesce benissimo: il vaccino non comincia ad agire che quando l'areola s'è formata intorno alle vescichette. Non approva il vaccino animale.

Il dott. Rogers Parcker avvertiva che nelle grandi città d'Inghilterra s'adopra il vaccino animale.

III. *Shoemacher J. V.* di Filadelfia. — Della nutrizione per la via del retto nelle malattie della pelle.

Nelle malattie della pelle intorno alla bocca, o prodotte da disturbi del tubo digerente tale metodo rende grandissimi servigi. Spesso è pure indicato di valersi di quella via per introdurre medicamenti: per es. preparazioni mercuriali nelle sifilidi, olio di ricino e glicerina nell'orticaria, arsenico ed antimonio nella psoriasi, ecc.

I dott. H. G. Unna di Amburgo e Klotz consentono con l'Autore.

IV. *Klotz H.* di Nuova York. — Dell'ulcera risultante dalla cangrena spontanea della pelle nella sifilide tardiva.

Spesso è effetto di artrite, ed allora differisce assolutamente della gomma sifilitica suppurata.

V. *Rohé G. H.*, di Baltimora. — Dello sviluppo anormale dei peli.

Ha particolare importanza quando avvenga sulla faccia; per buona sorte avvi un rimedio infallibile: l'elettrolisi. È cosa notabile che nei soggetti pelosi lo sviluppo dei denti spesso non è normale; general-

mente quelli hanno pochi denti. Darwin aveva già notato lo stesso fatto nei cani anormalmente pelosi. L'eredità ha molta parte in tale anomalia.

Il dott. Unna d'Amburgo raccomandava di fare possibilmente l'esame istologico della pelle. Niun dubbio che la malattia sia ereditaria; ma dal punto di vista scientifico la spiegazione è insufficiente.

Il dott. Thin di Londra crede che la malattia sia conseguenza di un imperfetto sviluppo fisiologico.

VI. *Knaggs Valentino*, di Londra. — Metodo nuovo per la cura locale delle malattie della pelle.

Propone di sostituire le emulsioni agli unguenti: se ne serve da due anni negli eczemi e negli altri essudati non specifici con ottimi risultati. L'unziono con l'olio rende buoni servigi, ma non aderisce alla pelle; si può rimediare a quest'inconveniente aggiungendo alle sostanze oleose delle resine, delle gomme per ottenere emulsioni di grasso e d'acqua. Egli adopera la seguente formola:

Paraffina molle 30 grammi — Polvere di gom. arab. 1 gr. — Acido borico 1 gr. — Acqua 60 gr.

Vi si può aggiungere bismuto, zinco, zolfo o qualsiasi altro medicamento.

Il dott. Unna conviene nell'utilità di cotesto modo di cura, ma non ammette sia nuovo, poichè l'adopera da molto tempo.

VII. *Reynolds H. J.*, di Chicago. — Metodo nuovo per la cura delle malattie della pelle, prodotta da parassiti vegetali.

Nel favo, nella sicosi e nella tigna del capillizio è necessario che il parasiticida penetri sino in fondo al follicolo pilare. A tal fine, dopo aver applicato il medicamento, pone il polo positivo d'una batteria su la parte malata e il polo negativo in altre parti del corpo: per legge fisica ben nota la soluzione medicinale penetra i tessuti. In 3 osservazioni, che cita, egli adoperava una soluzione (1 p. 100) di bicloruro, nella quale immergeva direttamente l'elettrodo positivo per applicarlo quindi sulla parte malata.

Al dott. Thin pareva troppo forte e pericolosa quella soluzione: può essa produrre una calvizie anche permanente.

VIII. *Ravogli A.*, di Cincinnati. — Del lupus eritematoso.

Cominciava col ricordare quanto ne sia difficile la cura. Kaposi considera il lupus come un neoplasma, e l Hebra una seborrea congestiva. L'Oratore presentava delle preparazioni che mostrano un'ipertrofia delle cellule epiteliali e delle papille nello stroma del corio, un'infiltrazione dei tessuti per effetto di cellule inflammatorie, che pure si veggono fra le fibre di tessuto connettivo che circondano i follicoli pilari, un aumento degli elementi del tessuto connettivo, una gonfiezza delle fibre elastiche, del liquido fra le fibre nel tessuto connettivo e del sangue nei vasi. Il processo è dunque inflammatorio. — Succede una vera atrofia della pelle, prodotta da una pressione che oblitera le

glandole che sono le prime rese ipertrofiche; avvi dunque ipertrofia degli elementi istologici, susseguita da atrofia, la cui origine proviene dall'obliterazione dei vasi. La causa prima sta in un' irritazione nervosa, che produce iperemia e perturba l'attività biologica delle cellule. Le cellule epidermiche sono enormi e contengono un certo numero di corpi rotondi (probabilmente microorganismi) che formano colonie. Se ne trovano nello strato papillare, specialmente dove vi è stato trasudamento, siccome nelle fibre e nei vasi capillari. L'esame col metodo di Friedländer conferma quest'opinione. L'Oratore non ha potuto fare esperimenti di coltura, ma crede che la malattia sia di natura infettiva. L'irritazione prodotta dai bacterj produce fenomeni infiammatorj, ipertrofia e seborrea.

La medicatura interna è inutile: l'applicazione dell'empiastro mercuriale è la miglior cura. I caustici o la raschiatura non preservano dalla recidiva. L'Oratore ha avuto 13 guarigioni definitive mediante l'ictiolo. Comincia con un unguento (10 p. 100), la cui base è l'unguento diachilico di Hébra: poscia ne diminuisce la forza al 3 p. 100. Al dottor Knaggs, che chiedeva se l'ictiolo agisca in simili casi come antisettico, il dott. Ravogli rispondeva affermativamente.

Il dott. Unna d'Amburgo trovava importante, quantunque in qualche punto manchevole, la parte della memoria che tratta dei microbi. I microbi dovrebbero trovarsi nelle glandole sudoripare; crede che vi siano nel lupo eritematoso, quantunque la loro presenza non sia stata ancora bene dimostrata.

Il dott. Thinn, di Londra, osservava che que' corpi rotondi contenuti nelle preparazioni possono essere e non essere microbi. Bisognerebbe instituire esperienze di cultura. Egli ha osservato parecchi casi curiosi, che ha designato col nome di *malattia della cresta di gallo* e che non sono che una forma di lupus eritematoso con sollevamento dell'epidermide. Crede alla sua di natura infettiva.

Il dott. Zeisler, di Chicago, ammette ei pure la teoria del microorganismo, ma alla fin fine non è che una teoria. Il lupus eritematoso delle mucose è oltremodo raro.

Il Presidente incoraggiava il dott. Ravogli a continuare nelle sue ricerche.

IX. *Chmann Dumesnil*, di Saint Louis. — Lupus eritematoso delle mani.

La malattia è rarissima. L'Oratore ha messo insieme 45 osservazioni: in 12 la malattia cominciò dalla faccia e s'estese quindi alle mani, sulla faccia dorsale, senz'offendere per altro le unghie. Non potè trovare microbi.

X. *Zeisler Giuseppe*, di Chicago. — Contribuzione allo studio dell'impetigine erpetiforme.

Differisce da Duhring e considera tale malattia come un'entità patologica speciale, che si distingue per l'andamento, per manifestarsi nella donna incinta, per l'esito fatale, ecc.

VI. *Unna P. G.*, d'Amburgo. — Dell'*eczema seborrhöicum*.

La distinzione fra l'eczema acuto ed il cronico non è scientificamente molto esatto; p. es., vi sono tre tipi distinti dell'eczema della faccia nel fanciullo: eczema nervoso, tubercolare e seborroico. Il primo compare durante la dentizione su pelle assolutamente sana (guancie e appresso la fronte); il prurito è in proporzione diretta della forza del fanciullo e dalla grossezza dell'epidermide. Le vescichette somigliano talvolta a quelle dell'erpete zoster, ma la simetria delle lesioni e la loro tendenza alla recidiva le distinguono. Nell'eczema seborroico la pelle non era prima sana; probabilmente alcune settimane dopo la nascita vi ebbe seborrea del cuojo capelluto, che poi s'estese alla parte superiore della faccia. Il prurito è meno forte. Un unguento composto d'ictiolo e di zinco, dando per bocca il bromuro di potassio, giova assai nell'eczema nervoso; invece nell'altro debbono adoprarsi lo zolfo e la resorcina.

Il dott. Unna riguarda le seborree, che diconsi secche, quali infiammazioni croniche della pelle, essendo che non v'ha clinicamente un'ipersecrezione delle glandole sebacee che formi una seborrea secca, prodotta da un deposito sulla pelle della sostanza separata da queste glandole. Egli chiama *eczema seborrhoïcum* un'affezione dipendente da alterazione nelle glandole, che produce secrezione di materia grassa dalle glandole stesse. L'aumento della materia grassa sulla pelle indica una maggior attività che quando proviene dalle glandole sebacee; ma allora che le glandole sudoripare danno del grasso, le loro cellule endoteliche sono morte.

Quasi tutti gli eczemi seborroici cominciano dal cuojo capelluto; ve ne hanno 3 forme. — 1.° L'eczema comincia come catarro latente del cuojo capelluto e passa per gli stadj di formazione squamosa e di secchezza, per finire come iperidiosi oleosa. — 2.° Le croste si accumulano fra i capelli e li fanno cadere; la corona seborroica, sulla fronte, sul margine della capigliatura è caratteristica di questa forma. — 3.° I fenomeni catarrali sono manifestissimi; preceduti da una semplice pitiriasi, hanno l'aspetto di eczema umido lucente. Può esserci pitiriasi o seborrea sul cuojo capelluto, mentre v'ha eczema sulla faccia. La forma crostacea si dà a vedere quasi esclusivamente sul petto. Quand'è sulle braccia non comprende che la superficie anteriore; ciò che si spiega, considerando la parte che hanno le glandole sudoripare in questa varietà d'eczema. Sulle gambe, almeno sulle prime, non compajono che i tipi crostaceo e papulare. Delle chiazze di seborrea intorno al naso ed alla bocca sono spesso, nei vecchi, l'esordio di un carcinoma. In quasi tutti i casi d'eczema seborroico del cuojo capelluto, vi ha un semplice eczema squamoso dell'orecchio con prurito. Una chiazza d'eczema seborroico può restare degli anni senza cambiare di forma e senza produrre gravi effetti. Quando esordisce sul cuojo capelluto o sulla testa, s'estende lentissimamente ad altre regioni, sce-

gliendo di preferenza la faccia, il petto e il dorso. Nessun eczema, nè veruna psoriasi segue simile andamento.

Se tutto il corpo sia invaso, l'affezione somiglia alla *pityriasis rubra* od alla psoriasi. L'eczema seborroico colpisce le parti medie del corpo; è più stazionario; è preceduto da una seborrea locale e le croste hanno carattere di sostanza grassa. Il pronostico è più favorevole che nella psoriasi. La guarigione riesce difficile perchè le lesioni s'estendono alle glandole sudorifere profonde. Lo zolfo è l'ottimo de' rimedj: si adoprano il pirogallolo e la resorcina come mezzi più attivi; non vi ha cura interna. Quando la malattia è guarita, bisogna valersi dei mezzi profilattici, curare l'igiene della pelle, ecc.

Il dott. Zeisler osservava che la malattia è frequente negli Stati Uniti, ma finora è stata considerata come seborrea.

Il dott. Robinson soggiungeva di non poter capire come la materia grassa potesse essere causa di irritazione locale sufficiente a produrre eczema.

Il dott. Unna, rispondeva ch'ei pure non credeva che la materia grassa fosse causa dell'irritazione; suppone debba esservi un bacillo che stava appunto cercando.

XII. *Rohé,* di Baltimora. — Sarcomi multipli della pelle.

Presentava un malato di 30 anni, il quale aveva i tumori sarcomatosi sul dorso, sulle spalle, sulle gambe e sulle coscie.

XIII. *Robinson A. R.*, di Nuova York. — Melanosi progressiva della pelle.

Donna di 29 anni, a cui, essendo fanciulla di 8 anni, cominciò a comparire una macchia scura sulla tempia, che poi s'estendeva su tutta la parte laterale della fronte. (Preparazioni microscopiche).

Il dott. Unna osserva la particolarità del colore traente al turchino.

XIV. *Chmann Dumesnil,* di Saint Louis. — Pustula d'acne doppia.

Si forma in seguito dell'assorbimento del tramezzo che separa due pustule semplici.

Il dott. Unna faceva notare che ciò non succede in una pelle sana.

XV. *Watrasgewski H.*, di Varsavia. — Cura della sifilide con l'injezione di sali mercuriali insolubili.

Dalle esperienze da lui instituite risulterebbe che l'ossido giallo di mercurio è il miglior sale per le injezioni, di cui ne fa da 12 a 20. Ogni settimana fa un'injezione con la siringa di Pravaz di ossido mercurico (1 gr. in 30 gr. d'acqua distillata e 25 centigr. di gomma).

Il dott. Gottheil, di New York, faceva notare la ripugnanza dei malati per tale metodo di cura; ma veniva contraddetto dal dott. Klotz.

Il dott. Zeisler si dichiarava contrario alle injezioni quotidiane, consigliate dal dott. Shoemaker, il quale alle altre preparazioni mercuriali preferiva la soluzione acquosa di sublimato.

XVI. *Robinson A. R.*, di Nuova York. — La pelatina, con dimostrazioni di microbi.

Passava in rassegna le osservazioni di coloro che le danno un' origine nervosa, e degli altri che la riguardano conseguenza di parasita. Von Schlen ha scoperto dei microorganismi nei follicoli pilari, ed altri osservatori avrebbero trovato altrettanto; nondimeno le culture sono rimaste negative, quantunque l'esame microscopico induca a credere v' abbia un microbo nelle parti profonde della pelle.

Progredendo il male, tutti i tessuti divengono atrofici, ad eccezione dei vasi. I microbi trovansi negli spazj linfatici del corion e nello strato sottopapillare. L'Oratore consigliava l'uso dello zolfo, del pirogallolo, del mercurio, ecc.

Il dott. Unna, esser difficile decidere fra le due teorie.

VII. — Sezione di Fisiologia.

Presidente dott. J. H. Callender di Nasvhille.

I. *Caton Richard* di Liverpool. — Ricerche sui fenomeni elettrici della materia grigia del cervello.

Conclude: 1.° sonovi correnti elettriche nella materia grigia delle circonvoluzioni; — 2.° le correnti cessano dopo morte; — 3.° nelle parti del cervello che sono sede d'una funzione speciale, segue una variazione negativa durante l'atto della funzione.

II. *Halliburton W. D.*, di Londra. — Confronto fra la coagulazione del sangue e la rigidità cadaverica.

L' azione del freddo e di certi sali neutri impedisce la coagulazione del sangue: quella del plasma muscolare degli animali a sangue caldo è del pari impedita con procedimento consimile. La diluzione di questo plasma, così trattato, induce la formazione d'un coagulo di miosina, che più facilmente si forma alla temperatura del corpo; a 0° C. non può più farsi.

L' aggiunta d'un fermento preparato in modo simile al fermento di Schmidt, agevola tale coagulazione, nondimeno i due fermenti non sono identici. La rigidità cadaverica risulta dall'azione d'un fermento analogo a quello che converte il fibrinogeno in fibrina. Le principali differenze fra la formazione della miosina e quella della fibrina, sono le seguenti: 1.° la miosina si scioglie facilmente nelle soluzioni di sali neutri, e questa soluzione è capace di coagularsi di nuovo mediante il fermento della miosina; 2.° la formazione della miosina va congiunta alla formazione d'acido lattico; 3.° la conversione di miosigeno in miosina non si conosce alla formazione di altra globulina. Queste tre condizioni sono differenti nella formazione della fibrina.

III. *Poole Thomas W.*, di Lindsay, — Della necessità di modificare certe dottrine fisiologiche riguardo ai nervi ed ai muscoli.

I muscoli involontarj e le striscie muscolari delle pareti arteriose si contraggono quando il loro nervo motore è paralizzato o morto. Le teorie di Traube e di altri sulla respirazione di Cheyne-Stokes e l'o-

pinione che i centri nervosi sono in uno stato di eccitamento durante l'asfissia, sono assurde. L'elettricità è un agente paralizzatore dell'attività nervosa: così pure la stricnina. L'irritazione e l'inflammazione non sono accompagnate dall'eccitazione dell'attività nervosa. Gli stessi muscoli volontarj si contraggono più spesso che non si crede per rimaner privi di forza nervosa.

VIII. — Sezione di Ginecologia.

Presidente dott. Enrico O. Marey di Boston.

I. *Marey E.* — Dei meriti di Marion Sims.

Ne piangeva l'immatura perdita e ne ricordava le opere, le quali meritarono agli Stati Uniti il titolo di *culla della ginecologia.*

II. *Bozemann Nathan* di Nuova York. — Della fognatura artificiale simultanea della vescica, dei reni e dell'utero per la via della vagina, con e senza pressione graduata.

Descriveva un istrumento col quale separa interamente la membrana uterina dalla mucosa e che in pari tempo fa da apparecchio fognatore. Terminava con le seguenti conclusioni: — 1.° Non si dà bastante importanza al tempo finale dell'operazione della fistola, nel quale sta la principale difficoltà. — 2.° Il chiudimento dell'orifizio dell'utero e l'inserzione del collo nella vescica e nel retto sono cattive operazioni, poichè tolgono le funzioni generatrici e producono la cistite. — 3.° La fognatura combinata con la dilatazione della vagina è un grande miglioramento: rimedia gl'inconvenienti dell'incontinenza d'orina e favorisce la cicatrizzazione delle incisioni. — 4.° Nelle fistole incurabili noi potremo diminuire le molestie che trae seco l'incontinenza d'orina con la fognatura. — 5.° La colpo-cistotomia nei casi di cistite non è più controindicata, mercè questo sistema di fognatura. — 6.° Pare all'Autore che l'operazione da lui detta *colpo-uretrocistotomia,* susseguita dall'esame degli ureteri e della loro cura se malati, abbia uno splendido avvenire: potrà adoprarsi nelle pieliti, nei calcoli dei reni e nella ostruzione degli ureteri.

I dott. Grailey Hewitt di Londra e Hueston di Filadelfia convengono con l'Autore.

III. *Potter G. G.* di Buffalo. — Lo zaffamento della vagina nell'inflammazione pelvica.

È d'avviso che molte malattie degli annessi dell'utero, curate metodicamente nell'esordire, potrebbero guarire senz'operazione, e che per ottenere quest'effetto lo zaffamento regolare, protratto e sistematico della vagina ne sia il più sicuro espediente: ma bisogna che ciò sia fatto con molta cura e nei casi di spostamento degli organi del bacino deve farsi nella posizione genu-pettorale.

Negli spostamenti posteriori dell'utero, il dito solo deve servire a riporre l'organo: s'introdurrà poscia lo zaffo multiplo, la stessa cura

s' applica al prolasso e alle infiammazioni delle ovaje. Lo zaffamento costituisce, nelle erosioni e nelle ulcerazioni del collo, nell' ipertrofia della matrice, del cistocele, nel rettocele, ecc., un modo di cura o preparativo o curativo. Lo stesso succede nelle infiammazioni pelviche abbiano esse origine peritoneale, cellulare o tubaria.

IV. *Burten J. E.* di Liverpool. — In qual tempo della gravidanza tubaria s'ha da operare?

L'operazione non è certamente splendida dal punto di vista della terapeutica, poichè anche i casi favorevoli non guariscono che dopo 12 mesi. È indicato nelle seguenti condizioni: 1.° Fibromioma con rapido accrescimento complicato con emorragie. — 2.° Piosalpingite con peritonite. — 3.° Ovarite cronica con dolore circoscritto. — 4.° Parametrite. — 5.° Degenerazione cistica delle ovaje con dolore. — 6.° Nelle nevrosi d'origine distintamente ovarica che hanno resistito per anni a qualsiasi cura.

L'operazione non deve mai farsi nell'ematocele delle tube, nell'ematosalpingite e nella gravidanza ectopica. — La laparatomia e la fognatura possono essere indicate; mai invece l'estirpazione degli organi.

V. *Moore Madden Tommaso* di Dublino. — Delle cause e della cura della sterilità.

I casi dell' Autore riuniti possono dividersi come segue: 1.° Quelli ne' quali la sterilità è prodotta dall'impotenza sessuale o da un'ostruzione meccanica della vagina e delle ovaje; — 2.° i casi di sterilità vera, ne' quali è impossibile il concepimento a cagione di alterazioni congenite od acquisite dell'utero o de' suoi annessi; — 3.° casi dipendenti da cause costituzionali; — 4.° casi ne' quali la causa sembra d'ordine morale, incongruità sessuale, ecc.; — Il restringimento del canale cervicale è la causa più frequente della sterilità: soltanto una operazione può toglierla. L' Autore raccomanda d' operare con molta cautela, per quanto semplice possa apparire l' atto chirurgico, affine d' ottenere una dilatazione sufficiente e durevole. Con tale intento si serve egli d'una forma particolare di guida che può introdursi in qualsiasi canale; per mezzo di essa fa scorrere un bisturì fin oltre l'orifizio interno, quindi si adopra un fortissimo dilatatore uterino.

Parlava quindi delle flessioni della matrice e della parte ch'esse hanno nell'etiologia della sterilità; dell'endometrite cronica e delle affezioni delle tube. Non consigliava di reciderle, perchè spesso basta pungerle o siringarle.

I dott. S. C. Gordon di Portland non crede siavi canale sì stretto da impedire il passaggio degli spermatozoidi. Il dott. Graily Hawitt è di parere che meglio valga il raddrizzamento dell' utero che la dilatazione. I dott. Lapthorn Smith e Daniele J. Nolson soggiungevano che spesso la sterilità è conseguenza dell' impotenza del marito.

VI. *Jackson Reevy* di Chicago. — Cura moderna del cancro dell'utero.

È fondata sulla teoria dell' origine locale del cancro dell' utero: la

cura radicale sta nella completa recisione. E però: — 1.° Qualsiasi operazione che non tolga del tutto i tessuti alterati sarà susseguita da recidiva; — 2.° è impossibile stabilire un limite all'estensione del processo: e quindi non avvi processo operatorio che assicuri dell'intera recisione; — 3.° pertanto un'operazione pericolosa non dev'essere fatta se può usarsi una cura più benigna; 4.° altri metodi di cura, sei volte meno mortali dell'isterectomia vaginale, danno risultati altrettanto buoni rispetto all'alleviamento de' sintomi ed alla probabilità della recidiva; — 5.° l'isterectomia vaginale non diminuisce i dolori, invece di prolungare la vita della paziente la mette in pericolo.

VII. *Hewitt Graily* di Londra. — Dei rapporti fra le modificazioni della struttura dell'utero e i cambiamenti che succedono nella sua forma.

Nel valutare esattamente il vero rapporto che intercede fra le alterazioni della sostanza dell'utero ed i suoi mutamenti di forma, è evidente che il periodo iniziale di tali modificazioni è di molta importanza. Generalmente si adopera la voce *metrite cronica* per indicare le alterazioni della sostanza uterina: v'ha una modificazione di struttura della matrice che talvolta compare verso la pubertà, soprattutto in giovanette male nutrite: i tessuti uterini sono molli; la malata soffre. Tale mollezza non deriva da infiammazione; l'organo è molto flessibile e in generale avvi notabile flessione. L'Autore ha descritto questo stato da dieci anni e d'allora in poi l'ha spesso osservato: il dottor Carlo Scudder ne parla sotto il nome di *mollities uterina*. Questa alterazione di struttura dell'utero dev'essere considerata come una causa di molto momento nell'origine e nell'aumento delle flessioni dell'organo. L'utero essendo flessibile allo stato anormale, qualsiasi sforzo tenderà facilmente ad aumentare la flessione; con maggiore ragione ciò avverrà nei casi in cui una forza meccanica agirà subitaneamente e violentemente sull'organo. Il processo per rendere fissa la matrice può dunque essere lento o rapido. La flessione è permanente allorquando il tessuto uterino abbia ripreso ferma consistenza. La flessione talvolta sussegue ad una cattiva conformazione congenita, o da un arresto di sviluppo al momento della pubertà, senz'alterazione dei tessuti. Nelle multipare vi ha una condizione analoga (*involuzione uterina imperfetta*) nella quale la sostanza dell'organo è molle: la flessione spesso n'è conseguenza.

L'Autore crede che i disturbi circolatorj che accompagnano la congestione uterina provengono da una corrente arteriosa debole e dalla compressione dei tessuti dell'organo, prodotta dalla flessione che coesiste. L'utero si piega in modo permanente tosto che sussegue il processo d'indurimento, che Jacobi ha chiamato *metrite cronica*. Ei considera l'endometrite effetto d'un'ipertrofia congestiva della mucosa uterina, e dal trattenimento di secrezioni irritanti; all'infuori del caso di gonorrea o di sifilide, l'endometrite sarebbe dunque secondaria.

VIII. *Wathen W. H.* di Louisville. — La dilatazione rapida del collo dell'utero.

L'Autore ha avuto occasione di osservare i cattivi effetti della dilatazione del canale della cervice mediante tente ed incisioni fatte per la cura della dismenorrea e della sterilità. La dilatazione rapida per mezzo del dilatatore a due valve, o meglio ancora per mezzo d'un istrumento da lui inventato che sostituisce il dilatatore d'Elhinger modificato da Goodell, dà risultati migliori. Ricorda che l'uso delle tente può essere susseguito da endometrite, ematocele pelvica, infiammazione peritoneale o pelvica, da septicemia e da tetano, e che apparentemente non produce miglioramento durevole. Il dilatatore a due valve è comparativamente asettico; i pericoli immediati e ulteriori dell'operazione sono per ciò nulli; anzi essa guarisce quasi sempre la dismenorrea e spesso toglie la causa della sterilità. L'incisione anteriore, posteriore, o bilaterale del collo che s'estende fino alla parete vaginale, od a traverso l'orifizio interno val meglio dell'introduzione della tasta.

L'Autore dilata, nel suo gabinetto di consulto, senza duopo di anestesia generale o locale, il collo dell'utero e permette all'operata pochi minuti dopo di tornare a casa. Quando gli occorre di dilatare oltre un centimetro, fa un'injezione di morfina e d'atropina e addormenta l'ammalata con il cloroformio prima d'operare. Raccomanda la maggior nettezza e l'osservanza delle precauzioni antisettiche. Si serve di dilatatori di tre diverse grandezze. L'operazione è controindicata nel caso d'infiammazione pelvica e di malattia delle tube e delle ovaje; bisogna inoltre essere certi che la causa del male sta nel canale cervicale.

Il dott. A. Martin di Berlino fa notare che lo strumento del dott. Wathen soddisfa, meglio degli antichi dilatatori, alle indicazioni dell'operazione: nondimeno conviene che troppo spesso si procede alla dilatazione.

XI. *Cushing Ernesto W.*, di Boston. — Degenerazione cancerosa delle glandole iperplasiche del collo dell'utero.

Ruge e Veit hanno descritto una condizione speciale delle glandole, che forma una transizione fra la formazione benigne e l'alterazione maligna. Danno grande importanza all'invasione delle glandole per via delle cellule epiteliali; e in ciò vanno d'accordo con Thiersch e Waldeyer. L'Oratore crede siasi esagerato il significato di questi fenomeni. La questione ha molta importanza pratica rispetto alla diagnosi microscopica delle affezioni sospette del collo dell'utero, poichè è ammesso che non può fidarsi soltanto della vista e del tatto, e l'esame microscopico decide se si debba ricorrere all'isterectomia vaginale od all'amputazione del collo.

Nella massima parte dei casi di Ruge e Veit il carcinoma non si sviluppa nella glandula, nuovamente formata, ma sotto forma di masse

cellulari contenute negli alveoli del tessuto connettivo: non v'era dunque rapporto evidente con l'epitelio delle superficj delle glandole.

In 4 osservazioni su 22, Ruge e Veit hanno trovato apparenti solidificazioni delle glandole e l'invasione su esse dall'epitelio. Secondo l'Oratore, tale condizione indicherebbe la presenza d'un adenoma, non già di un carcinoma. Occorrerebbe per ciò che si formassero alterazioni nel tessuto connettivo fra le glandole. Nondimeno non bisogna escludere la possibilità di cancro, la diagnosi non essendo ben sicura e meglio vale escidere largamente i tessuti alterati. È utile cauterizzare la ferita dopo tolto il carcinoma per impedire che l'infezione si propaghi per la via dei vasi e dei linfatici che sono stati aperti nel corso dell'operazione.

X. *Martin Franklin* H., di Chicago. — Cura del fibromi dell'utero mediante forti correnti esattamente misurate.

Il metodo instituito dal dott. Apostoli costituisce un espediente terapeutico razionale per la cura dei fibromi uterini senza dolore e con ottimi risultati. L'Oratore, per l'esperienza acquistata, è in grado di esattamente misurare l'intensità della corrente elettrica, e di non varcare mai i limiti della tolleranza anche nelle malate più sensibili. Le esperienze dimostrano che una corrente di forza definita, passando per un tempo definito, produce un effetto locale determinato nel punto dove è posto un elettrode attiva di superficie definita. Se si vogliono ottenere gli effetti locali caratteristici dell'elettricità sulla mucosa dell'utero, o se si vuole arrestare un'emorragia, è necessario applicare una corrente di 25 millamperi per ogni centimetro quadrato, per 5 minuti. Posto questo termine, occorrerebbe per la cavità uterina, con un elettrode d'Apostoli lungo 5 centim., una corrente di 500 millamperi: bisognerebbe ugualmente che la ripartizione si facesse in modo eguale su tutte parti della superficie. In molti casi una corrente di questa forza non sarebbe tollerata. Inoltre sarebbe improbabile che la siringa ripartisse la corrente in modo eguale e si trovasse in contatto con la mucosa uterina in tutta la sua estensione. Per isfuggire a questi inconvenienti, il dott. Martin si serve di elottridi costruiti in modo da poter toccare successivamente ogni parte del canale uterino. Ei non ammette che due modi di operazione: 1.° galvanismo intra-uterino-positivo (galvano-caustica d'Apostoli); 2.° id. negativo (galvano-caustica negativa d'Apostoli). Queste operazioni non sono pericolose. I vantaggi principali del metodo sono: 1.° di essere assolutamente innocua; 2.° di non produrre dolore; 3.° di far sempre cessare le emorragie; 4.° di far diminuire rapidamente il volume del tumore; 5 di alleviare i dolori nevralgici; 6.° di essere fondato su principj che permettono un'esatta misura.

XI. *Moore-Madden Tommaso*, di Dublino. — Alcune considerazioni su la patologia e la cura delle lacerazioni del collo dell'utero.

È una questione di cui poco si sono occupati i ginecologi d'Inghil-

terra, tanto che appena conoscono l'operazione di Emmet, e le indicazioni per la trachelorrafia. Nella pratica ostetrica, le lacerazioni del collo danno luogo a 2 complicazioni, a cui non si accenna che in modo insufficente nelle opere inglesi ed americane relative a questo soggetto, cioè un'emorragia consecutiva al parto difficile ad arrestare, e qualche volta la septicemia puerperale. Non si stima abbastanza il vantaggio che vi ha nelle lacerazioni molto estese, di fare piuttosto l'amputazione del collo che la trachelorrafia. L'Oratore si vale dello schiacciatore o della galvanocaustica. Si credeva che nella massima parte dei casi di lacerazione non occorra veruna opera chirurgica; ma quando questa sia necessaria, l'amputazione del collo leva ogni più piccola parte di tessuto malato ed impedisce queste parti lacere ed ipertrofiche di divenire forse, più tardi, sede di neoformazioni maligne.

XII. *Meyer Leopoldo*, di Copenaga. — Contribuzione alla patologia dell'infiammazione della membrana interna dell'utero (endometrite cronica del corpo).

1.° *a*) Trovansi in generale due varietà di cellule o piuttosto di nuclei nel tessuto interglandolare; l'uno di cui i nuclei sono presso a poco grandi quanto un corpuscolo sanguigno, si colorano con l'ematossilina ed il carmino e con nucleoli di rado in istato granuloso; l'altra le cui cellule somigliano molto a quelle della caduca. — *b*) Questa seconda varietà trovasi tanto nella donna vergine che in quella stata incinta. — *c*) Le due varietà sembrano provenire da cellule, che esistono normalmente nel tessuto interglandolare. La membrana normale contiene cellule della seconda specie durante la mestruazione. — *d*) trovansi in altre delle cellule, del tessuto connettivo e dei corpuscoli sanguigni bianchi.

2.° Nell'endometrite cronica l'epitelio può ritenere la sua forma caratteristica, ma in generale si altera.

XIII. *Garrett Alfredo C.*, di Boston. — Cura dei tumori della mammella mediante l'elettrolisi.

Quasi tutti i tumori della mammella recenti guariscono mediante l'elettricità; e però bisogna cercare di farne la diagnosi e di curarli il più presto possibile. Bisogna scegliere accuratamente la forma d'elettricità ed il modo d'applicarla: si adoprano correnti galvaniche graduate che si comunicano mediante elettrodi umidi posti ad ogni lato del tumore, che ne deve essere attraversato per mezz'ora ad ogni seduta. Bisogna misurare la potenza della corrente ed aumentarla poco a poco fino a che si abbia una forza di 10 a 50 millamperi. Di 186 tumori curati nel 1864 dall'Oratore, 157 sono in tal modo scomparsi definitivamente.

XIV. *Weeks W. H.*, di Portland. — Il mioma durante la gravidanza.

La questione se si debba o no operare, non è ancora decisa. Deve preferirsi di procurare l'aborto, od aspettare per fare una laparotomia il momento del parto? L'Oratore preferisce la sezione addominale, se non si aspetta troppo a compierla.

Il dott. Graily Hewitt, di Londra, e Trenholme, di Montréal, opinano che il contenuto dell'utero debba essere rimosso lentamente.

XV. *Lawrence*, di Bristol. — Deve permettersi a donna che abbia un tumore fibroso dell'utero di maritarsi?

Bisogna sempre esporre alla malata le conseguenze possibili d'una gravidanza e d'un parto.

XVI. *Cordes*, di Ginevra. — Cura medica locale del cancro dell'utero.

Dopo alcune osservazioni preliminari generali fa notare che i primi sintomi sono oscuri e che l'isterectomia è impossibile in certi casi, quali aderenze, estensione agli organi circonvicini. Raccomanda allora l'uso della trementina.

XVII. *Cutter Efraim*, di Nuova York. — Il galvanismo nei fibromi uterini.

Il 21 agosto 1886, per la prima volta in America, fu adoprata l'elettricità per arrestare lo sviluppo d'un fibroma. L'Oratore narrava le difficoltà incontrate per avere aghi convenienti, e quindi esponeva i risultati avuti nella massima parte de' casi, e cioè, quando non si otteneva guarigione stabile, diminuzione del volume dei tumori, alleviamento del dolore e dell'emorragia. Dopo aver risposto alle osservazioni critiche del dott. Apostoli, conchiudeva: 1.° che l'operazione non deve essere riguardata come impossibile prima di tentarla; 2.° che non bisogna restringersi a seguire un metodo speciale; 3.° che i fatti hanno provato che i fibromi uterini erano curabili.

XVIII. *Martin Augusto*, di Berlino. — Estirpazione totale dell'utero per la via della vagina a cagione di cancro.

Il Freund instituì, sono già dieci anni, il metodo; i materiali che oggi possediamo ci permettono di decidere su queste due questioni:

1.° L'operazione è dessa sì semplice perchè dia risultati immediati, indipendentemente da ciò che può attribuirsi all'abilità degli operatori?

2.° L'estirpazione dell'utero canceroso dà tali risultati che siamo costretti d'ammettere che questo metodo è superiore a qualsiasi altra cura fino ad ora usata? — Una prima questione può rispondersi che l'operazione è molto frequente in Germania sia col metodo di Freund, sia con l'altro di Czerny, Billroth o Schroeder. L'Oratore ha potuto raccogliere: che sino alla fine del 1886 l'isterectomia vaginale è stata eseguita da

Fritsch	60	volte con	7	morti	
Leopold	42	»	4	»	
Olshausen	47	»	12	»	
Schroeder	74	»	12	»	
Stande	22	»	1	»	
Martin A.	66	»	11	»	
	311		47	»	ossia 15,1 per 100.

La proporzione dei morti va diminuendo ancora mercè all'abilità sempre maggiore degli operatori, tanto che i risultati dell'estirpazione totale dell'utero sono già migliori di quelli dell'amputazione della mammella per cancro. E però, secondo l'Oratore, l'isterectomia vaginale ha il primo posto (non importa quale sia il metodo) nella cura del cancro dell'utero.

Per rispondere al secondo quesito, l'Oratore servivasi delle osservazioni poco numerose, è vero, ma diligentemente raccolte da Schroeder, Fritsch, Leopold e da lui stesso: esse dimostrano che i risultati permanenti dell'isterectomia vaginale, anche in cotesto tempo d'osservazioni relativamente breve, uguagliano i risultati ottenuti dalle operazioni fatte in altri organi per causa di carcinoma. A tutto il 1885 egli aveva fatto 44 operazioni con questo esito: 18 recidive (29,7 per 100), 31 guarigioni (70,3 per 100).

Quando il cancro abbia origine dalla mucosa del canale cervicale, sianvi dei noduli carcinomatosi del collo od il tumore sia nel fondo dell'organo, non avvi altro procedimento operatorio; anche allora che il neoplasma è limitato al collo, si estenderà rapidamente al corpo se lo si lasci nella cavità addominale. Vero è che l'amputazione fatta anche in alto non esclude la possibilità di successiva gravidanza; ma lo stesso Hofmein dichiara che la gravidanza è un grande pericolo quando vi sia carcinoma. Val meglio dunque estirpare interamente l'utero e il più presto possibile. Il procedimento dell'operazione è stato assai poco modificato. L'Oratore consiglia di recidere le trombe e le ovaje se è possibile. Importa di notare come l'operazione non faccia impressione sulle malate. Egli poi procede in questo modo: apertura del fondo cieco di Douglas, sutura della vagina al peritoneo, sezione del legamento largo di tutti due i lati, disgiunzione della vescica, riunione della parete vaginale al peritoneo come nel primo tempo, fognatura.

Il dott. A. Arnay, ungherese, avendo operato 12 volte, dichiaravasi favorevole all'operazione. Il dott. A. P. Dudley faceva osservare, che in America, dove i chirurghi, pel caso speciale, non hanno tanta esperienza da poter ottenere gli splendidi risultati che l'isterectomia vaginale consegue in Germania.

Il dott. Graily Hewitt faceva notare che il mondo civile ha grandi obblighi verso il Martin ed i suoi collaboratori, per i progressi che hanno fatto fare all'operazione. Ciò nondimeno, il dott. A. Reeves Jackson condanna l'isterectomia vaginale.

IX. — Sezione d'igiene pubblica ed internazionale (1).

I. *Grant Bey A. S.* del Cairo. — Storia dell'igiene nell'Egitto moderno.

Discuteva i provvedimenti presi dal Vicerè Mohammed-Alì, del Khedivé, Tewfich-Pacha e dal Governo inglese.

II. *Schenk W. L.* — Rapporto fra la medicina di Stato e la giurisprudenza medica.

III. *Day Richard H.* di Bâton-Rouge. — Relazione su gli effetti delle inondazioni del Mississipì.

IV. *Richardson B. W.* di Londra. — Diffusione della medicina preventiva in Inghilterra.

V. *Freiro Domingos* di Rio Janeiro. — Vaccinazione nella febbre gialla.

L'inoculazione con il virus attenuato conferisce l'immunità. Il dottor Freiro mostrava preparazioni microscopiche dei microbi della febbre gialla.

VI. *Tommasi Crudeli C.* di Berna. — Fatti e teorie relativi alla causa, natura e profilassi dell'intossicazione palustre.

VII. *Maxwell Giorgio G.* d'Ocalo. – Influenza del clima nel frutto del colera infantile.

Riguarda il calore come coefficiente principale.

VIII. *Bell. A. N.* di Nuova York. — Storia ed applicazione pratica del vapore quale agente disinfettante.

IX. *Reid Harvey* di Mansfield. — Ispezione sanitaria delle strade ferrate e dei traini.

X. *Cook W. C.* di Nashsville. — L'Igiene pubblica.

XI. *Taylor B. D.* — Storia clinica della febbre palustre continua.

XII. *Close A Giacomo* di Toronto. — Nuovo metodo per iscoprire la *trichina spiralis*.

X. — Sezione di Laringologia.

Presidente dott. W. H. Daly di Pittsburgo.

I. *Daly G. H.* — Dei progressi della Laringologia.

La laringologia dal 1876 ha fatto immensi progressi: egualmente la rinologia, specialmente nelle cura della rino-bronchite spasmodica od *hay fever*, la cui causa è intranasale. Il laringologo dovrà dare maggior importanza alle cavità nasali, e il rinologo dovrà essere piuttosto chirurgo che medico.

---

(1) Sezione assai povera, e che scomparirebbe da questa *Rassegna*, se per essa non si facesse l'eccezione di citare le memorie delle quali la relazione del *Medical Record* dà la semplice e nuda indicazione del titolo.

II. *Thomas Riccardo H.* — Cause della così detta *hay fever* dell'asma nasale, e di consimili affezioni studiate dal punto di vista clinico.

I coefficenti della febbre del fieno e delle altre nevrosi del naso sono: 1.° il sistema nervoso generale; — 2.° lo stato speciale in cui trovasi il sistema nervoso non è analogo all'epilessia; — 3.° un'ipertrofia intranasale, ovvero un polipo, od una causa qualsiasi d'ostruzione; — 4.° affezione nasale cronica; — 5.° zone di sensibilità, che sono molto variabili; — 6.° uno stato speciale o dei centri nervosi, o dell'estremità terminali nervose.

V'ha una serie di cause eccitanti, quali le polveri, la luce, i cambiamenti di stagione, ecc. La guarigione della febbre del fieno dipende dal dileguarsi del processo locale o generale che ne è la causa.

III. *Klingensmith J. P.* — La febbre del fieno (*Hay-asthone*).

Le irritazioni locali, le ipertrofie, ecc, ne sono il punto di partenza; la polvere, il polline, la luce, ecc. le cause eccitanti. L'applicazione del termo-cauterio dà i migliori risultati. Bisogna trattare le zone sensitive con l'acido lattico o con il cauterio. La cura dev'essere instituita 15 giorni prima dell'abituale apparizione della malattia.

IV. *Ingals E. F.* — Dell'epistassi.

I casi gravi esigono una cura generale: bisogna cercare il punto che dà sangue e cauterizzarlo. Nella discussione che ne seguiva diversi metodi per l'arresto meccanico dell'emorragia vennero proposti.

V. *Brown Lennox* di Londra. — Idee attuali circa la patologia e la cura della tubercolosi della laringe.

Si ammette generalmente che i bacilli tubercolosi siano la causa della laringite specifica: penetrano per i condotti respiratori e si agglomerano negli apici dei polmoni dove la respirazione è meno attiva. L'affezione in generale è secondaria alla tubercolosi polmonare, e può essere prodotta dagli sputi che infettano una parte nuda e irritata della laringe, ovvero per via della migrazione delle spore a traverso il sistema linfatico. Affinchè il bacillo prosperi gli occorre una superficie malata, sulla quale verrà a posarsi. Lo stato generale del paziente e la manchevole assimilazione degli alimenti, rispetto alla nutrizione dei tessuti, favoriscono lo sviluppo della tubercolosi più che le condizioni climateriche. La tubercolosi laringea è non solo secondaria, ma può essere primitiva, i sintomi da parte della laringe manifestandosi assai prima delle lesioni polmonari.

La laringe ha i consueti segni caratteristici, vi si trovano l'infiltrazione, la localizzazione e le ulceri tubercolose, ma nulla si scopre nei polmoni. Talvolta questi accidenti locali scompajono prima che i fenomeni della tubercolosi polmonare si palesino.

Cura. — Quando la malattia non abbia troppo progredito, l'aria di mare e delle montagne agisce notabilmente grazie alla sua purezza; le inspirazioni di vapori di trementina, d'olio d'eucalipto e di mentol danno buoni risultati. L'atropina serve benissimo non solo come cal-

mante, ma come parassiticida. L'arsenico ed i sali di calce agiscono istessamente. Gli sputi, il dolore, la tosse persistente sembrano diminuire facendo uso di idrogeno solforato, ma è dubbio che questo medicamento produca stabile miglioramento. La cura locale meglio soddisfa: applicata la cocaina, bisogna distruggere i nobuli tubercolari mediante il termo-cauterio o l'acido lattico. L'Oratore non si serve del iodoformio nè del jodolo soluto nell'etere trovandoli troppo irritanti; e propende per l'applicazione diretta mediante un pennellino di cotone. L'uso continuo dello spray distrugge le ciglia delle cellule epiteliali. Indicatissimi i calmanti locali e generali; preferisce le emulsioni di gomma d'acacia alle insufflazioni. Il miglioramento prodotto dalla cocaina è fugace: più durevole quello prodotto dalla morfina e dalla bella donna. L'opera chirurgica consiste nel raspare le parti malate con una piccola sgorbia o pinzetta e ad applicarvi sopra dell'acido latteo. Non bisogna fare incisioni, perchè sebbene talvolta rechino sollievo, formano nuovi focolari d'infezione: meglio vale per la stessa ragione non operare i granuloni a meno che la respirazione non ne venga impedita. La tracheotomia è assolutamente controindicata; la laringe non riceve più abbastanza aria, e vi si formano colonie di bacilli; l'aria fredda e secca che penetra per la cannula può dar luogo a complicazioni polmonari; la ferita stessa può essere infetta. L'Oratore condanna l'intubamento e la recisione delle parti malate. Molte osservazioni che si pubblicano come guarigioni, per il Lunox Brown non sono che miglioramenti più o meno dorevoli.

Il dott. Coghill di Ventnor è d'avviso che l'alleviare il dolore vale tanto per prolungare la vita dei pazienti, quanto la terapeutica locale meglio condotta: ei si serve d'insufflazioni di iodoformio e di morfina.

Il dott. J. Solis-Cahen di Filadelfia citava due casi di guarigione che ei considerava come definitivi.

Il dott. E. Fletcher Ingals di Chicago consigliava d'adoprare morfina, acido fenico e glicerolo di tannina con acqua sottoforma di *spray*.

Il dott. Coomes di Louisville, dichiara di preferire il jodoformio, e così il dott. Casselberry di Chicago consigliava le insufflazioni di jodo, trovando l'acido lattico troppo irritante. Invece al dott. Giovanni Makenzie di Baltimora piace d'applicare una soluzione di sublimato (1 per 2000).

VI. *Porter G.* di Saint-Louis. — Emorragie periodiche delle vie aeree. Il pericolo immediato dell'emorragia laringea proviene dall'edema emorragico e dall'asfissia che ne consegue; v'ha molta analogia con l'emottisi. La tubercolosi, la sifilide, uno sforzo meccanico violento e l'alcoolismo possrno produrle.

VII. *Casselberry G. E.* di Chicago. — Cura dei papillomi della laringe. Volendo stabilire quali siano i migliori metodi per estirpare simili tumor, l'Oratore conchiudeva che la pinzetta è il miglior istrumento per levar via piccoli tumori; non così quando il tumore sia

grosso, perchè allora non ne stancherebbe che una parte. In questo caso serve la piccola sgorbia e il galvano cautorio.

Il dott. Cohen opera i grossi papillomi facendo un' incisione nella membrana crico-tiroidea. Il dott. Ingals si serve d'acido cromico; il dott. Browne consiglia la galvano caustica.

L'Oratore da ultimo faceva una figura per mostrare la posizione e la grandezza dei papillomi della laringe del Principe imperiale di Germania. Il dott. C. Glover Allen esponeva il caso di grossi papillomi posti sotto alle corde vocali e operati a traverso una larga incisione della membrana circo-tiroidea.

VIII. *Shurly E. L.* di Detroit. — Diagnosi differenziale fra le affezioni laringee tubercolose, sifilitiche e reumatiche.

Le differenze vengono riassunte nel seguente quadro.

Tubercolosi	**Sifilide**	**Reumatismi**
	Iperemia o congestione	
Non osservabile	Notabile e persistente	Esiste sempre, poco notabile, spesso circoscritta
	Intumescenza e Infiltraz.	
Costante: sede nelle aritenoidi	Non osservabile	Rara
	Condilomi e gomme	
Mai	Qualche volta	Mai
	Mobilità	
Quasi normale	Quasi normale	Eccessiva
	Ulcerazioni	
Frequenti: si sviluppano lentamente ed irregolarmente di solito su l'epiglottide e le aritenoidi	Rare: solitarie, simetriche, con areola	Mai
	Raucedine	
Notabile	Poca	Notabile
	Dolore	
Nessuno	Nessuno	Costante
	Sputi	
Contengono bacilli	Mucosi	Rari

IX. *Ingals E. F.* di Chicago. — Della laringite reumatica cronica.

Non ne ha trovato che poche osservazioni: il dolore scompare per qualche giorno e poi ritorna: la diatesi artritica l'accompagna. Va curata con inspirazioni di sostanze astringenti, con i salicilati, il joduro di potassio, gli alcalini, ecc.

X. *Trasher A. B.* di Cincinnati. — La resorcina nella cura del catarro nasale.

Essa si assimila l'ossigeno: contrae i vasi e fa scomparire la congestione e l'infiammazione. È antisettica. Va amministrata sotto forma di pomata (vaselina e resorcina da 2 a 10 per cento).

XI. *Maffei F.* di Napoli. — Erisipela della laringe.

Quantunque la malattia sia rara nè bene descritta, non dimeno è ammessa da molti Autori. In generale è secondaria alla risipola, che ha sede su altra parte del corpo: quando insorge nella laringe, se per solito negli ospedali in un malato il cui letto sta vicino a quello d'un infetto da erisipola. La malattia che incomincia dalla laringe può poi estendersi alla pelle. Nel 1885 l'Oratore osservava casi di risipola della laringe ne' suoi clienti senza che vi fosse causa d'infezione, e senza che quello fosse su altre parti del corpo. Può estendersi ai polmoni senza che vi siano manifestazioni esterne. I primi sintomi erano: difficoltà di deglutire, mutazione nella voce e dolori. Febbre ardita; l'epiglottide gonfia, la mucosa laringea congesta e tumida. La chiusura della glottide può produrre soffocazioni: l'edema della mucosa delle cartilagini e delle ari-epiglottiche traggono con sè afonia e dispnea. La gonfiezza che è preceduta da intensa congestione, cambia posto. Vi ha spesso un'eruzione di vescichette. La temperatura varia da 40° a 38°, le glandole linfatiche circonvicine sono gonfie: quando avvenga la morte, questa è conseguenza della soffocazione o della diffusione ai polmoni, come spesso accade nei vecchi. La cura consiste nell'applicare ghiaccio o rivulsivi sulla laringe. L'Oratore si serve pure d'una soluzione di sublimato corrosivo di 1 per 2000. Quando il malato non possa inghiottire cibo, neppure col sussidio d'un tubo e non può respirare, allora bisogna ricorrere alla tracheotomia.

Il dott. Stockon di Chicago citava l'osservazione d'un uomo che lo consultava per, com'egli diceva, un pertinace raffreddore; la temperatura era di 40,4° ed il polso batteva 140 volte. Fatto l'intubamento, guariva.

XII. *Eaton F. B.* di Portland. — Della galvanocaustica nella cura delle malattie della parte superiore delle vie aeree.

Cercansi continuamente metodi nuovi per la cura del catarro nasale: il medico per altro deve guardarsi da una medicatura eccessiva. Secondo l'Autore un galvano-caustico non è nè tanto costoso nè di tanto volume, come molti pretendono; i risultati che dà sono sempre soddisfacenti, ed anche superiori all'aspettativa. I malati lo preferiscono agli acidi, di cui è difficile l'azione, al bistouri, allo schiacciatore. Del resto l'applicazione d'una soluzione di cocaina di 20 per 100 ne rende l'uso indolente. Il galvano cauterio ha con sè la nettezza, nè produce emorragia. Ma dovendo estirpare grosse masse ossee o cartilaginee, l'Oratore preferisce la sega. Le ipertrofie debbono essere curate con la punteggiatura ed incisione mediante il cauterio, che può farsi penetrare per ogni verso nel tessuto, non facendo che una sola apertura esterna. Ei si serve anche di rigolina, secondo il metodo di Jorvis.

Il dott. R. H. Thomas preferisce per le grandi ipertrofie lo strozzamento.

XIII. *Caselberry W. E.* di Chicago. — Fibroma del naso.

I veri fibromi primitivi del naso sono relativamente rari; la struttura dello strato superficiale della mucosa nasale vi predomina. I fibromi della cavità nasale hanno sede sui cornetti, il tramezzo, la volta. Il sesso non mette differenza circa il loro sviluppo: un'irritazione locale, il traumatismo, od un'ipertrofia cronica può essere la causa eccitante. La loro durata varia da uno a due anni. I primi sintomi sono di natura catarrale, susseguita da ostruzione, deformità, ecc. I tumori sono sodi e non trasparenti: il microscopio solamente può fare una diagnosi certa; sono composti di fascetti di fibre, strettamente intralciate, di alcuni vasi e da poche cellule rotonde e fusiformi. Il fibroma nasale tende a degenerare in sarcoma e a recidivare: l'esportazione totale e la distinzione della base mediante il cauterio possono soltanto permettere di portare un pronostico favorevole. L'Oratore citava una osservazione propria e dava un quadro particolareggiato delle altre raccolte dai diversi Autori. L'esportazione deve farsi con l'ansa galvanocaustica.

XIV. *Roe Giovanni O.* di Rochester. — La corea della laringe.

Cita tre osservazioni in gievanette di 13, 16 e 17 anni: nessuna complicazione uterina. — Cura: applicazioni locali, arsenico, valerianato di zinco o d'atropina, ferro, morfina, ecc.

Il dott. Thorne di Cinnati citava parecchi casi di corea laringea sorta nel 2.° o 3.° mese della gravidanza e scomparsa dopo il parto. Il dottor Lennox Browne ha veduto casi consimili.

XV. *Stern Massimiliano J.* di Filadelfia. — Intubamento e tracheotomia.

Dai documenti consultati e dalle statistiche raccolte, il valore relativo delle due operazioni sarebbe il seguente:

Intubamento: 26 $^{2}/_{5}$ per 100 di guarigioni.

Tracheotomia 26 $^{2}/_{5}$ »

Età	*Intubamento*	*Tracheotomia*
Meno di 2 anni	15 per 100	3 per 100
Fra 2 anni e 2 $^{1}/_{2}$	24 »	12 »
» 2 » e 3 $^{1}/_{2}$	28.7 »	17 »
» 3 $^{1}/_{4}$ » e 4 $^{1}/_{2}$	33.7 »	30 »
» 4 $^{1}/_{2}$ » e 5 $^{1}/_{2}$	28.3 »	35 »
Più di 5 anni e $^{1}/_{2}$	37.3 »	39.5 »

L'intubamento ha questo vantaggio: i genitori vi consentono facilmente; non ha d'uopo di abili ajuti; la cura susseguente è semplice. Va sempre preferito nei bambini minori di 3 anni e mezzo.

XVI. *Jones Carmalt* di Londra. — Azione dell'epiglottide nella deglutizione.

Crede che l'epiglottide chiuda interamente l'apertura della laringe, sulla quale in certa guisa si figge.

XI. — Sezione delle malattie dei bambini.

Presidente J. Lewis Smith di Nuova Yorch.

I. *Simon Giulio* di Parigi. — Di una forma d'irritazione cerebrale nei bambini.

Non consegue a lesioni organiche; non procede da eredità o da sifilide, bensì è effetto del modo riprovevolissimo con cui si allevano i fanciulli.

Il sonno spesso ne è interrotto; soggiacciono a continue eccitazioni che finiscono per produrre vomiti e convulsioni. Verso l'età di 5 anni o guariscono, o soccombono alla sclerosi cerebrale, all'epilessia od alla meningite. Il medico deve vietare qualsiasi causa d'eccitazione. La campagna o la riva del mare dev'essere prescelta come luogo d'abitazione.

II. *Saint-Germain.* — L'ignipuntura delle amigdale sostituita alla tonsillotomia e la dilatazione del prepuzio alla circoncisione.

Nel 1.° caso opera col termo-cauterio, penetrando molto dentro nel l'umigdale, ripete l'operazione 3 o 4 volte interponendo una settimana. Nel 2.° caso si serve d'un dilatatore con due lamine: l'introduce nel prepuzio che semplicemente dilata e ne separa le aderenze per mezzo d'una tenta soliata.

III. *Sayre Lewis A.* — Le conseguenze nocive del prepuzio angusto e delle aderenze del prepuzio.

Si ammette generalmente che la pressione del prepuzio sul glande possa dar luogo a fenomeni di paralisi e ad altri fenomeni nervosi.

Si toglie la costrizione e si procura che il prepuzio scorra facilmente sul glande. In certi casi per conseguire quest'effetto fa d'uopo ricorrere alla circoncisione; od alla sezione di parte del prepuzio, recidendo le aderenze che per avventura si trovassero. Spesso non è necessario di togliere parte del prepuzio e si possono distruggere le aderenze per mezzo di tenta solcata, facendo una piccola incisione dorsale, sciogliendo il frenulo e scoprendo così il glande. Non devesi recidere tutto il prepuzio perchè lascierebbe il ghiande del tutto scoperto.

V'ha una serie di perturbamenti nervosi straordinari che dipendono unicamente da un'imitazione degli organi genitali: l'operazione chirurgica li fa dileguare immediatamente; ma quella riesce naturalmente vana quando que' fenomeni abbiano origine centrale.

I dott. De F. Willard, J. N. Love, S. C. Gordon e P. R. Fuberk condividono pienamente l'opinione del dott. Sayre.

IV. *Carle C. W.*, di Chicago. — Investigazione fatta per conoscere se il non esservi acque infette e fogne abbia influenza sul predominio e su la gravità della difterite.

La malattia trovasi nelle montagne e nelle grandi praterie del nord-ovest. È mortale pure ne' luoghi dove non sono fogne: l'infezione si asporta lontano cento leghe per mezzo d'ignoto veicolo.

V. *Moncorvo.* — La sifilide ereditaria e il rachitismo nel Brasile.

A Rio di Janeiro e nelle vicinanze, 60 per 100 delle malattie infantili dipendono dalla sifilide de' genitori. Non ostante il parere contrario manifestato dal dott. C. West nel congresso del 1881, l'Autore ha diagnosticato il rachitismo in 45 su 100 de' suoi bambini.

VI. *Stephefenson Guglielmo*, d'Aberdeen. — La crescita dei fanciulli.

Importantissime sono le conseguenze cliniche della crescita più o meno rapido del fanciullo. Se, per esempio, il fanciullo nello scorso anno è cresciuto in peso del doppio o del triplo che negli altri anni, può egli per ciò sopportare maggior o minor fatica mentale e fisica?

La fanciulla cresce più rapidamente fra gli 11 e i 13 anni; il fanciullo fra 14 e 16. Molti fenomeni che compajono nel momento della pubertà vanno attribuiti a sì fatta attività e durante l'accrescimento.

VII. *Vaughan Vittorio C.* — Del latte di vacca nell'allattamento artificiale dei bambini.

Quando il latte vaccino abbia subìto la più lieve alterazione, contiene un principio che produce il cholera infantile; e però nella stagione calda è da usarsi con le maggiori cautele. Il dott. R. B. White pone le seguenti regole:

1.° Esaminare il latte con la carta di girasole ed aggiungervi acqua di calce se sia necessario; — 2.° non darne che poco nelle 24 ore; — 3.° servirsi di bottiglie che bastino a contenere, e non di più tanto latte quanto occorre per un solo pasto; quelle che non si adoperano vanno lavate con acqua calda e tenute in una soluzione alcalina; — 4.° conservare il latte sul ghiaccio, dopo che sia stato bollito.

I dott. A. E. Goodwin e W. D. Booker sono del medesimo avviso.

VIII. *Northrop G.*, di Nuova York. — Anatomia patologica della difteria laringea in relazione con l'intubatura.

Nei fanciulli morti da 3 a 7 giorni dopo l'introduzione del tubo di O'Dwyer non trovasi che un'erosione superficiale dell'epitelio. Quando la malattia è accompagnata da gravi complicazioni, l'estremità inferiore del tubo produce un'ulcerazione molto profonda nella parete anteriore della trachea. Nelle 116 autopsie da lui fatte non ha mai trovato latte o sostanza estranea nei bronchi.

IX. *Bouchut E.*, di Parigi. — L'intubatura della laringe nel restringimento e nella asfissia del croup.

Nel 1858 aveva già fatto la tubatura della laringe in parecchi bambini, ottenendo 3 guarigioni su 10 casi. Narrava quindi la storia particolareggiata d'un bambino di 18 mesi, nella cui laringe introduceva una canna d'argento e che guariva in brevissimo tempo.

X. *O'Dwyer J.*, di Nuova York. — Intubatura della laringe.

Incominciava le sue esperienze nel 1880 nel New-York Ioundling Asylum.

La tracheotomia non vi avea dato risultato felice da qualche tempo.

Molti medici esitavano a fare un'operazione difficile e pericolosa: il volgo non sà persuadersi che per salvare un bambino gli si debba tagliare la gola. Egli si servì dapprima d'un catetere prostatico che introduceva per la via del naso, ma dovette smettere perchè il piccolo malato toglievasi da sè l'istrumento. Fece allora costruire un corto tubo, che più volte ha modificato prima di fermarsi all'apparecchio di cui ora si serve.

La parte del tubo posta sopra l'orifizio superiore s'allarga gradatamente: la pressione delle corde vocali su queste pareti inclinate e il peso stesso del tubo ne impediscono l'espulsione in un accesso di tosse. Il tubo non è così largo da rimanere stretto dalla laringe, e ciò perchè possa essere espulso nel caso che si formino masse di pseudomembrane troppo grandi per passare per l'apertura di esso. Quest'è pure il motivo pel quale il tubo non resta sempre in luogo, anche quando non siavi pseudomembrane.

L'intubatura apparentemente è un'operazione semplice, ma in realtà non l'è. Il medico abile la farà facilmente ne' casi ordinari, ma troverà molte difficoltà in certi casi insoliti. L'intubamento non diverrà mai espediente sicuro di guarigione, perchè non ha influenza sulle complicazioni che rendono il croup membranoso cotanto micidiale. Nel confronto fra la tracheotomia e l'intubatura non è da determinare se l'una operazione darà migliori effetti dell'altra; bensì quale sarà fatta più spesso, e quale i parenti più facilmente acconsentiranno?

XI. *Waxham F. E.*, di Chicago. — Intubatura della laringe: vantaggi e svantaggi di essa. Statistica dell'operazione.

Non è facile di eseguirla: il tubo difficilmente si trae fuori, e spesso impedisce la deglutizione. Ma anche si riesce a farla all'istante senza dolore, senza emorragia, senza *choc*; il tubo non ha bisogno d'esser pulito e la cura susseguente è molto semplice. La tubatura è stata fatta mille volte in due anni: ha salvato da certa morte 269 persone.

Il dott. Carlo G. Jennings di Détroit, dichiarava di preferire la tracheotomia, sì perchè n'ha avuto migliori risultati, come ancora perchè teme le difficoltà nel poter nutrire a cagione del tubo introdotto nella laringe.

XII. *Leads Alberto R.*, dello Stevens Istituto di New Jersey. — Dell'alimento dei bambini.

Ha fatto l'analisi di 80 saggi di latte umano prima di arrivare ai dati necessarj per farne uno artificiale equivalente. Il latte della donna differisce da quello della vacca nella proporzione e nella digeribilità della caseina, che è in minore quantità e più digeribile nel latte muliebre. Crede d'aver trovato la soluzione del problema facendo digerire la caseina mediante una polvere peptogena, che si ottiene facilmente, che è di forza costante, e mercè della quale con l'ajuto del calore, la caseina è ridotta in 5 minuti. Prima della coltura la proporzione della caseina era stata diminuita con l'aggiunta di acqua,

aggiungendovi della panna per ristabilire la proporzione normale delle materie grasse. Questo processo, a suo avviso, dà un alimento quasi identico...?

XIII. *D'Espine*, di Ginevra. — Osservazioni sulla pneumonite vera o lobare dei bambini.

Nei bambini v'ha una forma speciale di pneumonite, che si può chiamare *centrale* rispetto alla sede; *congestiva* riguardo alla violenza dei fenomeni infiammatorj, e *abortiva* quando non dura più di 2 o 3 giorni. Trovasi all'apice e nell'interno del lobo superiore: difficilmente si ottengono segni fisici. L'esame microscopico degli sputi vi mostra il bacillo che suolsi trovare nella pneumonite. L'esito è generalmente felice, e se riesce altrimenti è perchè delle complicazioni sono sopraggiunte. Qualche volta è preceduta da cangrena o da epatizzazione grigia. La cura deve mirare a far diminuire l'inflammazione; bagni tiepidi, compresse di Priessnitz, ecc.

XIV. *Asby Enrico*, di Manchester. — La nefrite della scarlattina dal punto di vista clinico e patologico.

Dà i risultati di 1500 casi da lui osservati nelle sale e nell'anfiteatro del *Pendlebury Hospital for Sick Children*. La malattia esiste sotto tre forme. — 1.° Forma primitiva poco importante. — 2.° Forma settica con alterazioni patologiche accompagnata da sintomi analoghi a quelli di qualsiasi altra septicemia, che si manifestano nella 2.ª o 3.ª settimana. I reni nondimeno funzionano bene, la quantità dell'orina non diminuisce, nè vi hanno edemi o fenomeni uremici. — 3.° La nefrite post-scarlattinosa, o nefrite della convalescenza è molto più importante; appare dal 6.° al 24.° giorno. I reni sono già affievolitì e soggetti ad inflammazioni fibrinose e crupali. I casi lievi di scarlattina sono più di rado dei casi gravi susseguiti da nefrite, la quale non ha sempre la stessa intensità. I primi segni sono diminuzione dell'orina o gonfiezza della faccia, che possono mostrarsi parecchi giorni prima dell'albumina. La quantità di questa ed il suo peso specifico varia assai. L'orina continua a diminuire, appare l'edema, i vomiti e gli accidenti uremici compajono, poi sopraggiunge una crisi, come quella della pneumonite; il bambino evacua copia grandissima d'orina torbida ed entra in convalescenza.

XV. *Grauer Frank*, di Nuova York. — Caratteri anatomici della nefrite scarlattinosa.

L'Oratore ha studiato soprattutto la varietà nota sotto il nome di glomerulo-nefrite acuta di Klebs. I reni sono grossi e pieni di sangue; la loro sostanza corticale è qualche volta normale, qualche volta ingrossata, con glomeruli rilevati aumentati di volume, ma senza sangue. Quantunque abbia notato la gonfiezza e la proliferazione dell'epitelio glomerulare, non crede che in ciò stia la causa dell'ostruzione dei vasi capillari, perciocchè nelle preparazioni da lui esaminate le anse dei capillari erano maggiori che nello stato normale, la qual

cosa dimostra che la pressione viene dall'interno e non dall'esterno. Ei crede che l'ostruzione sia prodotta dalla proliferazione e dall'ingrossamento delle cellule enloteliali. L'ipertrofia del ventricolo sinistro che ha osservato in tutti i suoi casi è effetto di un elemento tossico nel sangue e dell'ostruzione della circolazione nei corpi di Malpighi, che costringe il cuore sinistro ad un maggiore sforzo. La denominazione *glomerulo-nefrite* deve essere applicata a questi soli casi.

XVI. *Edson Cyrus.* — Latte nelle città.

Bisogna bandire il latte impuro ed infetto; dovrebbe esservi un'ispezione speciale di tutti gli armenti d'un paese per distruggere gli animali infetti di tubercolosi ed isolare quelli presi da malattie contagiose.

XVII. *Redard Paolo*, di Parigi. — Cura dei tumori erettili mediante l'elettricità.

Preferisce il metodo di Ciniselli di Cremona; è poco doloroso e non lascia cicatrici.

XVIII. *Love Isacco N.*, di Saint Louis. — Cachessia dei bambini.

Passava in rassegna una serie di casi differenti da quelli in cui è causa la tubercolosi, la sifilide od il catarro intestinale. I muscoli sono atrofici, la pelle è grinzosa e secca, il volto abbiosciato e come senile. — 1.° La cachessia dei bambini dipende originariamente da inerzia del sistema glandolare; un volto troppo copioso od insufficiente e le cattive condizioni igieniche l'aggravano. — 2.° Bisogna eccitare la secrezione e l'escrezione; a tal fine egli amministra il calomelano (3 milligr.) e dà a bere molt'acqua. — 3.° Il latte materno è sempre preferibile, od almeno bisogna avere una nutrice. — 4.° Nei casi gravi, bisogna ordinare de' bagni con *sostanze alimentari* solute o sostanze eccitanti, ed usare di moderate frizioni (*massage*).

XIX. *Day Enrico Guglielmo*, di Londra. — Alcune osservazioni di cefalalgia nei fanciulli in relazione all'educazione mentale.

L'affaticamento intellettuale è certamente la causa di particolare dolore di testa, con sintomi nervosi speciali.

XX. *Booker Guglielmo*, della John Hopkin's University. — Studio di alcuni bacterj trovati nelle sale dei bambini malati di diarrea.

Ne ha scoperto 12 specie diverse; ma soltanto due di esse liquefacevano la gelatina. Alcune coagulano la caseina con reazione acida, una sola specie ha reazione alcalina, un'altra dà al latte l'apparenza di peptone, altre invece non vi producono veruna alterazione.

XXI. *Balkville Guglielmo.* — Cura del piede equino congenito.

La tenotomia è indicata nella massima parte de' casi: l'Oratore mostrava una serie di ingegnosi apparecchi.

XXII. *Sayre Lewis A.*, di Nuova York. — La sezione dei tessuti contratti è necessaria prima che i mezzi meccanici possano agire.

Non bisogna confondere la contrazione con la contrattura. Se un muscolo sia in istato di contrattura, quando gli diamo meccanicamente

tutta la tensione possibile e lo pungiamo o battiamo, si produce in questo muscolo uno spasmo riflesso che non succede nella contrazione. I tessuti presi da contrattura non sono capaci di venire distesi e bisogna reciderli prima che si possa aspettare un buon effetto dall'uso degli apparecchi.

Il dott. Edmondo Owen dichiaravasi partigiano del *metodo americano,* cioè della divisione successiva dei tendini.

XII. — Sezione di Medicina.

Presidente, il dott. Arnold di Baltimora.

I. *Arnold A. B.* — L'odierna medicina pratica.

Faceva notare la precisione cui è giunta la diagnosi medica e ricordava i meravigliosi risultati che ha recato l'esperimento in farmacologia. Condannava pertanto qualsiasi medicatura non razionale, e raccomandava di non dimenticare le misure igieniche, che da sole spesso divengono mezzi di cura. La terapeutica ha dovuto cedere il passo alla patologia, la chirurgia moderna ha esteso il suo dominio a spese della medicina, e nondimeno la cura sintomatica delle malattie ha pur sempre valore. Ciò che devesi cercare è il metodo secondo il quale la natura procede ne' suoi atti curativi: noi potremmo allora tentare d'imitarlo.

II. *Alvarado Ignazio,* del Messico. — La patogenia della febbre gialla Attribuisce la malattia ad un microbo, che darebbe origine a fosfato acido di soda o ad acido fosfo-glicerinico.

III. *Körösi Giuseppe*, direttore delle Statistiche municipali di Buda-Pesth. — Dell'efficacia preventiva della vaccinazione.

Prendeva in esame tutte le opinioni esposte pro e contro tale efficacia, facendo notare che le statistiche addotte dall'una parte e dall'altra non hanno il valore assoluto che si vuol loro attribuire. Anche quando le cifre provano che la mortalità dei soggetti non vaccinati è superiore a quella dei vaccinati, gli antivaccinatori dicono che la prima categoria è composta di bambini malati e deboli, il cui stato generale li predispone a contrarre il vajuolo. Il Körösi loro risponde: bisogna distinguere la *mortalità,* ossia probabilità che ogni essere vivente ha di morire, dalla *letalità* che è la probabilità di morire in ogni individuo malato. Se conoscessimo, p. es., la letalità generale dei non vaccinati, noi potremmo determinare se la loro letalità riguardo al vajuolo è maggiore; questa differenza dipenderebbe interamente dal non aver avuto la vaccinazione. Ma per determinare la letalità generale dei vaccinati e non vaccinati, bisogna che i registri degli ospitali indichino in ogni caso (medico o chirurgico) se il malato è stato vaccinato o no. Questa misura vige dal 1886 in 19 ospitali di Buda-Pesth e di Ungheria: 20,000 casi dimostrarono che la letalità generale dei vaccinati è di 8 per 100, e dei non vaccinati di 13 per 100.

Dunque l'asserzione degli anti-vaccinatori è vera. Ma fra i vajuolosi, la letalità dei non vaccinati è salita a 6,66 per 100; essa dovrebbe dunque rappresentare presso a poco 10 per 100, ma in realtà è di 49,68. V'hanno nondimeno due cause che danno questo risultato; il cattivo stato generale degl'invaccinati e il fatto della invaccinazione. In queste condizioni si può affermare che per il vajuoloso non vaccinato la probabilità di morire è salita a 50 per 100, unicamente perchè non è stato vaccinato. L'invaccinazione produce casi di vajuolo 3 volte e mezzo di più. La mortalità è colcolata con lo stesso metodo seguìto a Pesth ed in 9 città dell'Ungheria ed applicato alla sifilide, alla tubercolosi, ecc.

Il Körösi discute lungamente le relazioni delle diverse malattie fra loro dal punto di vista del valore e dell'importanza delle statistiche.

I dottori C. A. Leale, Lynch e Waugh condividono le opinioni del dott. Körösi, di cui apprezzano l'importante memoria.

IV. *Whitmarsh*, di Londra. — La vaccinazione e la cura del Pasteur. Non considera la vaccinazione come un mezzo preventivo contro il vajuolo, benchè diminuisca la probabilità del contagio. La legge esige in Inghilterra che i bambini di più che 3 mesi siano vaccinati. Rispetto al metodo di Pasteur, che espone ne' maggiori particolari, fa notare che è difficile di sapere se gl'individui inoculati dal Pasteur abbiano avuto o no la rabbia. Propone d'instituire una serie di esperimenti sui condannati.

Il dott. C. A. Leale avvertiva com'egli ebbe a curare da 18 a 20,000 bambini malati ogni anno: quantunque centinaja di essi siano stati morsi da cani, non ha mai avuto un caso d'idrofobia.

V. *Ouchterlony Gio.*, di Louisville. — Storia naturale delle malattie. Le malattie sono condizioni naturali, quantunque non normali; sarebbe ragionevole il supporre che la stessa potenza che le ha prodotte, è pure capace di farle scomparire. Il fatto è che la natura costituisce un rimedio molto più efficace che non si crede, e qualsiasi cura razionale dovrebbe essere fondata sulla cognizione della storia naturale delle malattie. Per giungere a questo scopo, occorrono gli sforzi riuniti e le ricerche di molti uomini scienziati di tutto il mondo, che comunicheranno le loro osservazioni sulle diverse malattie, circa l'influenza che su di esse hanno l'età, il sesso, le occupazioni, ecc., circa la durata, la mortalità e il modo con cui producono la morte. A coloro che reputano sia un delitto il lasciare alla natura l'esito d'una malattia, risponde: 1.° che tale procedere sarebbe tanto legittimo quanto l'amministrare medicamenti di cui non conosciamo e proprietà, come succede ogni giorno negli ospedali; 2.° la natura che ha prodotto la malattia è abbastanza potente per addurre la guarigione; 3.° in molte affezioni acute si ammette generalmente che vi sia una tendenza manifesta alla guarigione spontanea; 4.° molte malattie sono capaci di autolimitazione; 5.° quanti medicamenti vi sono che

hanno una straordinaria riputazione e che poi non hanno se non lievissima virtù curativa; 6.° malattie della stessa natura, curate in modi diversi, guariscono egualmente; 7.° molte malattie cessano quantunque la cura fattane sia nociva. L'Oratore sa benissimo che il medico non può nè deve rinunciare a qualsiasi medicatura in ogni caso; negli ospedali si ha il più largo campo per le osservazioni di confronto. In ogni modo i medicamenti debbono essere amministrati con metodo esatto.

I dottori Cronyn di Buffalo, Hemingway di Michigan, G. J. Scott di Cleveland e A. B. Arnold consentivano con l'Oratore. Invece i dottori S. S. Green di Buffalo e Tommaso Hay di Filadelfia insistevano sull'efficacia dei medicamenti. Il dott. Pavy di Londra conveniva da ultimo che v'ha una *storia naturale delle malattie* il cui studio può fornire mol·e indicazioni utili.

VI. *Crothers T. D.*, di Hartford. — Dell'alcoolismo e della sua cura.

Per lo passato l'alcoolismo era considerato come una vera malattia, mentre oggi gli si attribuisce un'origine mentale. Nondimeno l'alcoolismo, dal punto di vista scientifico, è retto da leggi subordinate dalle forze fisiologiche, psicologiche e fisiche, fra le quali l'eredità, le condizioni dell'ambiente, l'educazione ed il vitto sono le più importanti. V'ha un certo numero di cause fisse che possono dargli origine.

1.° Certe condizioni ereditarie, certe impressioni fisiche e psichiche fortissime sono susseguite da alcoolismo in certi casi; 2.° la malattia è spesso preceduta da alterazioni di struttura e di funzioni del cervello; 3.° certe organizzazioni cerebrali male equilibrate, arresti di sviluppo del cervello, ecc., costituiscono delle cause apparenti in molti casi; 4.° certe malattie sembrano avere una tendenza a trasformarsi in alcoolismo senza causa eccitante.

L'Oratore ricordava che i sintomi dell'alcoolismo sono uuiformi, e come cura consigliava di rinchiudere i malati in un ospitale retto militarmente.

VII. *Smith Singleton R.* — Note sulla cura della tisi, specialmente mediante le injezioni intrapolmonari.

Crede alla buona riescita d'una medicatura volta alla diretta distruzione del bacillo: egli ha provato senza nessun effetto le injezioni di gas nell'intestino retto. Lo jodoformio è il miglior rimedio per le injezioni nel parenchima polmonare, poscia che col darlo internamente si accresce il peso dei malati, se ne migliora l'appetito e se ne diminuisce la temperatura. I fatti clinici confermano tutto ciò, non ostante che si dica che lo jodoformio ha un potere germicida relativamente lieve. La grande difficoltà è di poterlo sciogliere: l'etere produce disturbi cerebrali, l'eucalyptol è irritante, e si citano due casi ne' quali avrebbe prodotto una pleurite acuta. L'olio di vaselina pura o combinata con l'eucalyptol è stato pure adoperato; la questione resta tuttora da risolversi. Il dott. Smith sconsiglia d'adoprare solu-

zioni che contengono jodio o bicloruro di mercurio; prima di fare l'injezione intrapolmonare sperimenta il liquido con l'injezione sottocutanea. Se lo jodoformio dà buoni risultati, amministrato internamente, è evidente che ne darà de' migliori giungendo là dove ha sede il male. Le injezioni non presentano che un pericolo relativo, poichè anche le pleuriti che producono rapidamente guariscono. Nondimeno l'Oratore non le consiglia nei casi disperati o nei malati i cui sintomi cedono ad altri mezzi più semplici.

Il dott. Truax non ha fiducia nello jodoformio, avendo coltivato dei bacilli tubercolosi in una soluzione di jodoformio.

VIII. *Pavy*, di Londra. — Del diabete.

Il diabete, considerato ognora come malattia avvolta in una grande oscurità, è in sostanza un'assimilazione manchevole degli alimenti. Le sostanze grasse o idrocarbonate sono quelle che nel diabete più importa di studiare; nello stato normale sono desse assorbite dalla vena porta e passano nel fegato, dove sono assimilati. Injettando sangue defibrinato od ossigeno nella vena porta, trovasi nell'orina non poco zucchero. La respirazione forzata che soprasatura il sangue d'ossigeno fa altrettanto. Lo stesso succede nella paralisi vaso-motrice dei vasi epatici, che lascia che una quantità eccessiva di sangue s'accumuli e ne impedisce la disossigenazione. Gl'idrocarburi (amido, destrina, zucchero di latte e di canna) si convertono in zucchero e passano nella circolazione generale. Il Bernard, nella celebre sua esperienza (puntura del pavimento del 4.° ventricolo), osservò una paralisi vaso-motrice dei vasi epatici. È da notare che nei casi di paralisi vaso-motrice del sistema chilopojetico in cui la lingua è rossa, che la malattia è molto grave, probabilmente perchè ha invaso tutta l'economia. Nel soggetto sano non vi ha che traccie di zucchero nel sangue e nell'orina; dalla quantità che n'è in questa si può arguire la proporzione di esso nel sangue. Nel diabete lo zucchero va direttamente nel sangue, senza subire un processo d'assimilazione nel fegato. Nello stato di salute è trattenuto prima di giungere alla circolazione generale, ma nel diabete si trova nel sangue in proporzione diretta con la quantità d'idrocarburi introdotta; d'altronde, momentaneamente, il soggetto che ne avrà mangiato una grande quantità avrà nell'orina una notabile proporzione di zucchero, giacchè il potere assimilativo del fegato ha un limite normale, che, sorpassato, genera il diabete. Il fegato è un organo produttore di grasso piuttosto che di zucchero, trasformando l'amido in zucchero, poscia in grasso. Le sue arterie sono piccole, le sue vene grandi, e il contenuto della vena porta deve essere in un notabile stato di venosità perchè non vi sia zucchero nella circolazione generale. Il diabete è d'origine nervosa, ed è fuori di dubbio che le influenze nervose hanno molta parte su lo stato dell'infermo.

L'orina va esaminata immediatamente, e l'analisi poi deve essere quantitativa perchè possiamo renderci conto dell'andamento della

malattia. Bisogna raccomandare al malato di serbare l'orina della sera e quella del mattino, perchè spesso succede non contenga zucchero che dopo introdotti degli idrocarburi. Il reagente più sicuro è probabilmente la soluzione di Fehling, che il Pavy, per ischivare l'inconveniente che si dice vada soggetta nella bollitura, adopera in forma di tavolette, che si possono sciogliere quando venga il momento di servirsene. L'orina diabetica contiene spesso dell'albumina, che si svela con l'acido citrico ed il ferrocianuro di sodio. Il diabete ha diversi gradi: si manifesta in conseguenza di manchevole assimilazione; nondimeno nel corso della malattia gli stessi tessuti producono dello zucchero. L'età ha una parte grandissima: 45 per 100 dei casi trovansi fra i 40 e i 60 anni. Il pronostico è grave nei soggetti giovani che muojono generalmente in due anni. La malattia talvolta si palesa sotto forma sì benigna da non accorgersene. Il Pavy ha osservato dei diabetici con sintomi d'atassia, forse effetto di nevrite periferica. Nei giovani non possiamo che soffermare il male, non guarirlo; esso ha un andamento simile a quello dell'atrofia muscolare progressiva o dell'atassia locomotrice. Al diabetico d'una certa età si può giovare indicandogli un vitto conveniente, composto esclusivamente di carne, d'uova, di burro, ecc. Il pane di mandorle è il migliore, non contenendo che 8 per 100 di sostanze idrocarbonate. Per medicamenti, il dott. Pavy amministra l'oppio, la morfina e la codeina, che, a suo avviso, hanno speciale influenza sulla malattia.

IX. *Philips*, d'Edimburgo. — Etiologia della tisi.

Le ptomaine ne sono i principali fattori etiologcici, perchè se si injettino negli animali, insorgono in essi tutti i sintomi della malattia. Secondo l'Autore, l'atropina opererebbe come contravveleno.

Il dott. Herrick, di Cleveland, non crede che il bacillo per sè stesso possa essere causa della tubercolosi: lo contraddirono i dottori Whitmarsh, Arnold e Truax.

X. *Neftel*. — Considerazioni sulla patogenesi delle malattie delle donne.

Le esperienze tendono a dimostrare che la compressione del torace predispone alla tisi ed all'albuminuria, prodotta dalla congestione venosa. Fa quindi allusione agli effetti nocivi che conseguono all'uso dei busti e degli stivaletti con alti tacchi.

I dottori Herrick e Price facevano considerare che simili esperimenti fatti su gli animali non si potevano applicare alla specie umana.

XI. *Eye*, di Reading. — Metodo nuovo per la cura della tisi.

Insiste sul bisogno di confermare la diagnosi per mezzo del microscopio. Ei versa in un bicchier d'acqua l'albume d'un uovo, lo dibatte e lo pone in una bottiglia e dopo 5 o 6 giorni quando ne esala un odore d'uova guaste, ne fa fare inspirazione profonde per 24 ore; i bacilli a poco a poco scompajono dagli sputi. Ei non sa come operi

quella miscela, a meno che non vi si formi un bacillo antagonistico verso quello della tubercolosi e così potente da distruggerlo.

XII. *Grant Giacomo,* del Canadà. — Della difteria.

Ve ne sono due varietà; la semplice e la maligna: amendue formano un veleno settico che agisce sul sangue. Sul principio consiglia dei bagni senapati, dando del ferro internamente. Il malato deve restare in letto. Contro la difteria maligna non v'ha rimedio. L'umidità atmosferica è una delle concause della malattia.

I dottori Ouchterlony e Palmer approvano qualsiasi cura che abbia per iscopo la diaforesi; e però il Palmer amministra il jaborandi con certa cautela, a motivo dell'azione sua sul cuore.

XIII. *Arnold A. B.* — Dilatazione e degenerazione grassa del cuore.

Condanna in questi casi la digitale.

XIV. *Fell Giorgio E.* — Della respirazione forzata artificiale nell'avvelenamento per oppio.

Tale processo dovrebbe adoprarsi nella soffocazione, nella chiusura delle vie aeree, nell'avvelenamento prodotto dagli anestetici, ecc. Ai movimenti forzati degli arti e del corpo andrebbe sostituita la pressione: si dovrebbe aprire la trachea ed introdurvi un tubo. E questa sarebbe, secondo l'Oratore, la *respirazione forzata;* di cui si serviva felicemente in un caso di avvelenamento per oppio.

Il dott. Brainard condanna sì fatta pratica siccome pericolosa.

XIII. — Sezione di Medicina psicologica e delle malattie nervose.

Presidente dott. Judson B. Andrews di Buffalo.

I. *Andrews Judson B.* — La distribuzione e la cura dei pazzi negli Stati Uniti.

A mano a mano che si va verso occidente diminuiscono i pazzi. L'aumento proporzionale dei pazzi fra i negri è grandissimo. Negli Stati Uniti sonvi 121 asili, con 61,411 malati. Esaminate le leggi relative ai pazzi nei diversi Stati, conchiudeva essersi avviate importanti riforme negli asili dei pazzi.

II. *Spitzka E. C.,* di Nuova York. — L'aneurisma miliare.

Riferiva l'osservazione di una giovane di 24 anni, morta per affezione cerebro-spinale, il cui fratello e padre erano morti nello stesso modo. Il dott. Lavage di Londra citava un caso consimile, nel quale per altro non v'era elemento ereditario.

III. *Fischer I. G.,* di Boston. — La monomania ed i suoi equivalenti moderni.

V'ha una forma primitiva comune d'alienazione: molti casi dipendono dall'abuso dell'alcool. La pazzia può manifestarsi senza che vi sia eredità.

IV. *Homen E. A.*, d'Helsingfors. — Alterazioni istologiche che susseguono all'amputazione dei nervi periferici dei gangli spinali e del midollo.

L'Oratore presentava due serie d'osservazioni; una per dimostrare l'effetto dell'amputazione sul midollo, l'altra le alterazioni nelle estremità dei nervi recisi.

V. *Savage*, di Londra. — La sifilide in relazione alla pazzia.

Innanzi tutto faceva osservare che spesso dei fenomeni secondarj lievi sono susseguiti da sintomi di sifilide cerebrale grave. È difficile distinguere la paralisi generale vera dalle degenerazioni che risultano dalla sifilide del cervello. In certi casi la paralisi non è che una complicazione della sifilide. La sifilide congenita non produce che di rado l'idiozia, l'imbecillità e la perversione morale; su questo punto sonovi diverse opinioni. La sifilide può produrre l'idiotismo in conseguenza di malattie della meninge o della sostanza cerebrale, o distruggendo gli organi dei sensi; l'idiozia può essere secondaria dell'epilessia sifilitica.

Il dott. Ferguson di Troy citava il caso d'un tale che, pur avendo paralisi generale, contrasse la sifilide; morì pazzo, e l'autopsia mostrò delle lesioni macroscopiche negl'involucri cerebrali e nelle ossa del cranio.

Il dott. Hurd di Pontiac non dubitava punto che la mania e la melanconia possano essere effetto della sifilide; ed in conforto della sua opinione citava un caso di mania acuta d'origine sifilitica.

Il dott. C. H. Hughes di Saint Louis spiegava la possibilità di guarire l'alienazione mentale d'origine sifilitica, per ciò che le lesioni non comprendono propriamente il tessuto nervoso, ma le parti che lo circondano. Ricordava la sifilofobia.

Osservava il dott. G. G. Goading, di Washington, non esservi segno distintivo dell'alienazione mentale sifilitica: quando ne sia nota l'origine, la cura specifica riesce benissimo.

Il dott. Spitzka di Nuova York ha veduto un caso di febbre accompagnato da delirio violento insorgere nella sifilide secondaria; soggiungeva non averne trovato altro consimile nella letteratura medica.

La *pazzia prodotta dalla sifilide acuta*, secondo lo Savage, è rara: la sifilide in tal caso è piuttosto un agente morale che concorre allo sviluppo dei disturbi psichici, piuttosto che un veleno specifico. L'*epilessia sifilitica* può essere e non essere congiunta ad alienazione mentale; vi sono casi ne'quali non è possibile scorgere alterazioni macroscopiche. La sifilide poi può produrre una debolezza mentale progressiva preceduta talvolta da monoplegia, emiplegia, afasia, ecc., od anche da disturbi de'sensi, quali cecità o sordità temporanee.

In certi casi di sifilide v'ha elemento morale che produce ipocondria o melancolia, che del resto può derivare dalla cachessia sifilitica. Le alterazioni vascolari sono causa di fenomeni di diversa specie. Le

tumefazioni sono rare; frequenti invece le alterazioni delle meningi. La sifilide tende altresì ad alterare il tessuto nervoso e spesso diviene causa di *paralisi generale*, e il dott. Mickle in proposito narrava appunto d'aver veduto casi di sifilide con gli stessi fenomeni della paralisi generale: le alterazioni vascolari sifilitiche producono assai facilmente nel cervello focolaj di rammollimento. Il dott. Down riteneva che la massima parte dei casi d'atassia locomotrice procedono dalla sifilide.

Il dott. Spitzka narrava il caso d'un tale che presentava una sequela di sintomi consimili a quelli dell'epilessia: il *riflesso patellare* era abolito; egli poi sosteneva che, come v'ha una *demenza alcoolica e puerperale*, possa pure darsi una *demenza sifilitica.*

VII. *Bistop S. L.*, di Chicago. — Patologia della febbre del fieno.

La crede d'origine nervosa, opinione condivisa dai dottori Brush e Hurd oppugnata dai dott. Chauning e Andrews. Consiglia come cura: il galvano cauterio, la miscela di solfati di morfina e d'atropina ad alte dosi amministrata immediatamente.

VI. *Godding*. — La pazzia quale scusa del delitto.

I giudici dovrebbero avere certa educazione clinica, visitando gli asili e gli ospitali. *(Continua)*.

RIVISTA D'OSTETRICIA E GINECOLOGIA

del Dottor ERMANNO PINZANI

Assistente alla Clinica ostetrica di Bologna

I. Sani A. — **Gravidanza consecutiva a polipo uterino — Parto a termine — Forcipe allo stretto superiore — Enucleazione del tumore subito dopo il parto — Puerperio fisiologico.** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Vol. IX, N. 1 e 2, gennaio e febbraio 1887, pag. 79).

Si tratta di una donna di 38 anni, la quale nelle prime ore del 28 gennaio 1887, veniva accolta nella Clinica Ostetrica di Firenze in travaglio di parto a termine, prolungandosi questo eccessivamente. Nulla di importante risultava dall'anamnesi, se non che ella era IX para, che aveva avuta l'ultima mestruazione fra il 15 e il 20 aprile 1886, e che

ai primi del 6.° e del 7.° mese aveva visto senza cagione apprezzabile un leggero scolo sanguigno dai genitali che si protrasse per quattro o cinque giorni. All' esame si notò che la donna era di forte e sana costituzione, che il bacino era ben conformato, che si presentava la testa e che il dorso occupava il lato sinistro dell'addome. La vulva e la vagina erano normali e ben disposte al parto; la cervice interna era scomparsa e la dilatazione dell'orificio raggiungeva 6 centimetri; il segmento inferiore si avvertiva sottile ed espanso; le membrane erano integre e la parte presentata incerta per la via vaginale, perchè qualche cosa d'insolito si trovava lungo il canale molle. Infatti, spingendo il dito molto in alto, era dato avvertire un corpo piccolo, tondeggiante, molle, depressibile, che occupava quasi il centro dell'orificio uterino, e che ad un esame poco accurato poteva sembrare una natica. Però portato il dito più in alto che fosse possibile, si riuscì a passare al di dietro del tumore e spostarlo verso sinistra. Allora si potè avvertire la testa del feto che era mobile allo stretto superiore, ed egualmente si potè stabilire che il tumore altro non era che un mio-fibroma, in cui il tessuto muscolare liscio abbondava (d'onde la sua mollezza), con la sua base d'impianto piuttosto larga, ma non molto spessa, sul labbro posteriore verso sinistra.

Questo tumore, quantunque non avesse in seguito impedito l'impegno della testa nella parte alta dello scavo, pur tuttavia si opponeva a che essa progredisse nel suo cammino. Si decise allora di applicare il forcipe, previa una lavatura vaginale con una soluzione di sublimato corrosivo al mezzo per mille. L'operatore, per non comprendere il tumore nel seno della cucchiaia sinistra spinse molto in alto e collocò al davanti del fibroma l'indice ed il medio della mano destra, sulla guida dei quali doveva scorrere la cucchiaia. Il resto dell'applicazione dell'istrumento riuscì facile, ed esercitando valide trazioni, si potè ottenere lo sprigionamento del feto che era vivo e molto sviluppato, senza che accadesse il distacco del tumore. Avvenuto cinque minuti dopo il secondamento, l'Autore con due dita introdotte in vagina, potè facilmente afferrare il fibroma e trarlo fuori dall'ostio vulvo-vaginale, e vide allora che ne era stata in parte lacerata la capsula involgente pel passaggio del capo. A compiere l'enucleazione del tumore altro non rimaneva che condurre a termine l'opera incominciata dalla testa, ed in parte col dito, ed in parte col manico del coltello si potè con una certa cura liberare internamente dalla sua capsula un fibroma che pesava gr. 25, ed era molle e pastoso. Non seguì alcuna emorragia: si fece una prolungata lavatura endo-uterina ed endo-vaginale ben calda, e si somministrò un grammo di segala. Il puerperio decorse fisiologico; la capsula venne eliminata a frammenli coi lochi, i quali si mantennero non fetenti.

II. Fasola E. — **82 aborti nel triennio 1883-85 nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Vol. IX, N. 1, 2 e 3, gennaio, febbraio e marzo 1887, pag. 1 e 103).

L'Autore incomincia col definire l'aborto la interruzione della gravidanza prima del tempo in cui il prodotto del concepimento è vitabile, e non già l'espulsione del prodotto del concepimento quando questo non è vitabile, poichè l'espulsione non è che uno dei fenomeni dell'aborto, e talvolta un fenomeno secondario dell'interruzione della gravidanza. A produrre questo fatto morboso possono contribuire molte cause diverse, di cui le une agiscono primitivamente contro la vita del prodotto del concepimento, le altre agiscono sulla contrattilità interna. Secondo l'Autore questa classificazione delle cause dell'aborto basata sul fenomeno iniziale di esso (morte del prodotto del concepimento in utero, contrazione uterina) ha un valore pratico evidente. Di fatti, mentre nei casi in cui l'aborto esordisce con la contrazione uterina, è possibile la sospensione del travaglio, e l'emorragia è più abbondante e più duratura, in quelli nei quali esordisce con la morte del prodotto del concepimento, l'aborto è sempre inevitabile, e l'emorragia può anche mancare completamente. L'Autore fa seguire un riassunto delle storie cliniche di tutti gli aborti, distinguendoli in due classi; in quelli da cagione conosciuta (28) ed in quelli da cagione non determinabile con precisione (54). Da queste osservazioni risulta quanto appresso:

Emorragia in 40 casi (48,78 %).
Putrefazione dell'ovo in 3 casi (3,73 %).
Putrefazione dell'ovo e setticemia in 9 casi (10,97 %).
Morte in 5 casi (6 %).

Estrazione	manuale	dell'ovo intero . . . . . . in casi	3	45,12 %
		degli annessi in tutto o in parte . »	29	
		del feto. . . . . »	1	
	strumentale	degli annessi . . . . »	4	

Espulsione degli annessi mediante spremitura in 2 casi.

Le indicazioni dell'intervento, inteso nel senso dell'estrazione dell'ovo, vennero dedotte da tre condizioni diverse, talvolta associate tra loro: 1.° condizioni permittenti l'estrazione senza pericoli e senza difficoltà; 2.° esistenza di emorragia; 3.° putrefazione dell'ovo.

Dalle storie cliniche si vede pure che non infrequentemente vengono accolte nella Clinica di Firenze donne, nelle quali il travaglio abortivo si è apparentemente interrotto dopo la rottura dell'ovo e la espulsione dell'embrione, e nelle quali al momento dell'ingresso non esistono nè emorragia nè segni di putrefazione dei residui rimasti nell'utero. Ecco come colà si procede. All'ingresso nella Maternità la paziente, non presentando emorragia, ha subito un bagno generale di nettezza, e

dopo il bagno è trasportata nel letto ad essa assegnato, dove le viene fatta una irrigazione vaginale con una soluzione tiepida di deutocloruro di mercurio al mezzo per mille. Si procede quindi all'esplorazione per riconoscere esattamente lo stato delle cose e la presenza di residui di ovo, attraverso il collo, quando è permeabile: sulla guida del dito esploratore sempre viene introdotta una siringa a doppia corrente e fatta una irrigazione intra-uterina con soluzione di deutocloruro. Se il collo è permeabile, si solleva e si fa poggiare il bacino della donna sopra un cuscinetto stretto, ma alto; le gambe sono leggermente piegate sulle coscie, e le coscie sul bacino, alquanto divaricate. Abbassato e fissato l'utero premendone il fondo con una mano applicata all'ipogastrio, col dito esploratore dell'altra mano o con due dita, quando lo permette il collo, si penetra nella cavità uterina, si distacca l'ovo, se è ancora aderente, rompendone le aderenze col margine laterale del dito stesso, e imprimendo ai residui ovulari un movimento di rotazione intorno all'asse longitudinale dell'utero. Infine si afferra l'ovo flettendo il dito o le dita che stanno in cavità, e si estrae. Sovente nell'estrazione si rompe, e bisogna introdurre ripetutamente il dito: terminata la manovra, si fa ancora un'irrigazione endouterina con soluzione di sublimato corrosivo. In questi casi d'indicazione profilattica e non assoluta d'intervento, l'estrazione normale non è difficile. Ma se il collo non è permeabile, e non v'ha emorragia nè putrefazione dell'uovo, si desiste da ogni tentativo, si fa un bagno generale di nettezza alla donna, si procede a generosa irrigazione utero-vaginale disinfettante, e si attende finchè avvengano modificazioni favorevoli nel collo, a meno che fenomeni particolari (emorragia, putrefazione) sopravvengano ad impedire la pronta estrazione. Quando ciò succeda e il collo si mantenga difficilmente permeabile al dito, l'atto operatorio riesce indaginoso. La costrizione dell'orificio uterino paralizza il dito introdotto a forza e lo impaccia nei movimenti. Qui il distacco e l'estrazione vengono aiutati con l'uso di pinze ordinarie (simili alle pinze da medicatura uterina), della *curette* di Recamier e del cucchiaio raschiatore del Simon: questi istrumenti sono introdotti nella cavità uterina sempre sulla guida del dito. Nei casi di emorragia con impermeabilità del collo al dito ed agli istrumenti sopracitati, si fa un'irrigazione intrauterina calda, a più 40°, e poi lo zaffo vaginale: se l'ovo è alterato per putrefazione, all'irrigazione si fa seguire l'introduzione di un cilindro di laminaria o di un cono di spugna preparata nel canal cervicale, per potere intervenire qualche ora dopo e fare l'estrazione. Se poi condizioni locali o generali, putrefazione, setticoemia, richiedono la immediata liberazione dell'utero, si procede alla dilatazione forzata del collo e all'estrazione. Lo zaffo vaginale è sempre fatto con batufoli di cotone imbevuti di deuto-cloruro, della grossezza di un piccolo uovo di gallina o di una noce, stretti e fissati da un lungo filo alla distanza di 15-20 cm. l'uno dall'altro, in numero di 15-20.

Per facilitare l'introduzione loro sono unti con vaselina; non si usa bagnare il primo batufolo con soluzione di percloruro di ferro o con altro liquido stitico, poichè dallo zaffo non si vuole un'azione astringente, ma solo una barriera allo scolo del sangue, e perche si temono alterazioni dal contatto del medicamento colle pareti vaginali. Zaffato per bene tutta la vagina, ciò che richiede una quantità non indifferente di batufoli, si applica all'ostio vaginale di contro allo zaffo, un po' di cotone, in quantità sufficiente perchè sporga al di fuori dell'anello vulvare: il tutto si mantiene con un fasciatojo a T. Dopo 6, 8, 10 ore si toglie lo zaffo, e se v'è il bisogno se ne ripete un altro, avvertendo di far sempre una generosa irrigazione vaginale antisettica appena estratto lo zaffo.

La questione viva tuttora sulla condotta dell'ostetrico nella cura dell'aborto si può sintetizzare nel *metodo aspettante* e nell'*intervento pronto*. Il primo è sostenuto da Pajot, il quale agisce soltanto quando si fa manifesta la putrefazione dell'ovo, e si limita a tentativi di estrazione senza violenza, pronto a rinunciarvi piuttosto che tentarla forzatamente: il secondo è raccomandato da Doléris, il quale interviene sempre quando il travaglio abortivo s'interrompe, e vuole ottenere la estrazione dei residui ovulari anche coi mezzi più energici, mostrandosi fiducioso nella medicatura antisettica che rende innocenti le più gravi operazioni. Egli afferra il collo dell'utero con un uncino e l'abbassa fino alla vulva, e se esso è chiuso, ne comincia la dilatazione con un dilatatore metallico e la completa colle dita o con un sacchetto di Barnes: bastano pochi momenti per raggiungere lo scopo. Con una *curette* larga ed arrotondata all'estremità, raschia la parte uterina per distaccare la placenta, se è aderente, e per fragmentarla quando è consistente e voluminosa. Se poi gli annessi non hanno quelle qualità e sono staccati, invece che al raschiamento procede alla politura o allo svuotamento della cavità uterina collo spazzolino (*écouvillon*) bagnato nella glicerina con creosoto. Secondo Doléris la spazzolatura antisettica deve sempre terminare la seduta, qualunque sia il metodo adottato per l'estrazione: l'atto operativo è preceduto e seguito da irrigazione endouterina con acqua fenicata o con deutocloruro, calda a 50° C. — Fra i due estremi segnati recentemente da Pajot e da Doléris sta la pratica della clinica fiorentina, le cui norme vengono da Fasola così riassunte:

1.° Aspettazione, ancor quando il travaglio abortivo è in periodo d'interruzione, nei casi in cui si ha collo uterino chiuso e difficilmente permeabile, e non si ha segno alcuno di putrefazione dell'ovo. Irrigazione intrauterina con acqua tiepida e deuto-cloruro (mezzo per mille), fatta con siringa metallica ordinaria a doppia corrente. Quando si ha emorragia, irrigazione intrauterina con acqua calda e deutocloruro (+ 40° C.) e zaffamento vaginale: questo può anche trovare indicazione profilattica in certi casi nella pratica privata ad esempio, dove il soccorso per emorragia eventuale non può essere pronto.

2.° Estrazione (manuale o strumentale, con pinze o col cucchiaio) dei residui ovulari o della placenta, tutte le volte che si hanno condizioni favorevoli, collo molto permeabile o vera dilatazione della bocca uterina. Con la estrazione, non difficile in queste circostanze, si evitano pericoli di emorragia e di putrefazione dell'ovo nell'utero e si tolgono se già entrati in iscena.

3.° Estrazione pronta di necessità, quando si ha putrefazione dell'ovo o putrefazione e setticoemia, qualunque sia lo stato del collo. Se il collo è permeabile e meglio ancora se l'orificio uterino è più o meno largamente dilatato, estrazione manuale o strumentale nel modo ordinario. Se il collo è chiuso, dilatarlo con mezzi opportuni (laminaria, spugna preparata, dilatatore metallico, ecc.), la cui scelta sarà indicata dal caso e dalla maggiore o minore urgenza dell' estrazione. La tecnica proposta da Doléris e sopra indicata può trovare qui la sua più conveniente applicazione.

III. Belluzzi C. — **Storie di due gravidanze extra-uterine e considerazioni relative** (*Memorie della Reale Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna*, Serie IV, tomo VIII).

Delle due storie che l'Autore riferisce, la prima riguarda una donna di 39 anni, la quale in venti anni di matrimonio non rimase mai incinta. Sui primi del 1879, essendo ella stata presa da accessi convulsivi gravi con perdita dei sensi, e contemporaneamente avendo risentito un insolito disgusto pel vino, venne in sospetto di essere incinta. Esaminata il 19 giugno dello stesso anno si trovarono molti segni probabili della gravidanza, tra i quali un tumore nella regione ipogastrica avente la forma e la resistenza a un dipresso dell'utero gravido nei primi mesi, ed estendentesi a 4 o 5 dita al di sopra del pube. Rivisitata l'8 luglio, il Belluzzi trovò la tumidezza del ventre giunta alquanto al di sopra della cicatrice ombelicale, il ventre dolente al palpamento, un soffio dolce su una superficie molto estesa, al di dietro dell'utero, sul fornice posteriore, un corpo che aveva l'apparenza di un capo fetale di 5 o 6 mesi, e che sembrava così superficiale da parere fuori dell'utero e poggiante proprio sul fornice. Alla metà di luglio la donna ebbe dolori all'ipogastrio, vomito e diarrea per 2 o 3 giorni, i quali sintomi si andarono ripetendo di poi con molta frequenza e sempre più aggravandosi. Alla metà di agosto, quando già la paziente asseriva di avvertire da qualche tempo i movimenti fetali, fu rivisitata, e si trovò che il tumore addominale saliva tre dita trasverso al di sopra dell'ombelico, che il collo dell' utero piccolo e con orificio ristrettissimo, era spinto contro la faccia interna del pube, ed aveva al di dietro quel tal corpo simulante il capo fetale. Per tutto ciò l'Autore sospettò trattarsi di gravidanza extra-uterina, il qual sospetto venne confermato anche dal prof. Rizzoli. Il 29 agosto la donna fu presa per 24 ore come da falso travaglio; l'orificio uterino si dilatò

in modo da lasciar penetrare la prima falange dell' indice. Dopo quel giorno ella stette sempre poco bene, essendo spesso presa da dolori all'addome, ma il 15 settembre i fenomeni si aggravarono assai e dall'utero furono espulsi alcuni pezzetti di tessuto che sembravano brani di decidua. Palpando si trovarono allora come due tumidezze dentro l' addome, l' una maggiore a destra che sorpassava la cicatrice ombelicale di tre dita circa; l' altra più bassa, più resistente, situata a sinistra e nel mezzo, che saliva quattro dita circa al di sopra del pube. Aggravandosi sempre più le condizioni della paziente, essa fu inviata all' Ospedale Maggiore, dove si confermò pure il sospetto di gravidanza extra-uterina. Il 19 settembre sembrò all'ascoltatore di avvertire il doppio battito fetale, e qualche movimento attivo. Il 20 la donna peggiorò assai per la comparsa dei sintomi che caratterizzano una grave peritonite; si esclude il taglio cesareo fra i mezzi di cura, viste le gravi condizioni dell' inferma, e considerato che il feto, se anche vivo, non sarebbe stato vitabile. Il 23 la donna morì: tre ore prima era scomparso il soffio supposto placentale. Alla necroscopia furono ritrovati i caratteri di una peritonite purulenta. A destra del ventre, in corrispondenza della regione iliaca ed epicolica, esisteva la placenta aderente in gran parte al peritoneo ed alla faccia posteriore del legamento lato, spinto in avanti. Alla massa placentale era congiunto il sacco amniotico che al di dietro dell' utero e degli intestini occupava altresì la regione ipogastrica ed ombelicale nonchè la iliaca ed epicolica sinistra. Il tronco del feto col dorso in avanti, occupava queste due ultime regioni, e la testa, coll'occipite pure in avanti, poggiava e faceva prominenza sul fornice vaginale posteriore e sul retto intestino. Il bambino era di sesso femminile, aveva i caratteri di un feto di 8 mesi, ed era morto da poco. In seguito al reperto necroscopico l'A. pone a confronto le difficoltà che si sarebbero presentate operando l'estrazione del feto dal lato del ventre o invece da quello della vagina, e conclude che secondo lui sarebbe stato preferibile la gastrotomia unita alla fognatura retro-uterina.

Il secondo caso riferito dal Belluzzi risguarda una donna di circa 25 anni, che dopo 3 mesi di matrimonio ebbe un aborto, e di poi una nuova gravidanza, giunta a termine secondo lei, ad otto mesi solamente secondo altri. Il feto morì dopo cinque giorni, era magro, pallido, piccolo, grinzoso come un vecchio. Dopo un anno circa dal parto (1881) la donna ebbe manifestazioni non dubbie di sifilide. Ai primi del 1885 essa vide mancare la mestruazione e nel febbraio successivo fu colta da pelvi-peritonite grave, che lasciò alla fossa iliaca destra una tumidezza del volume di una grossa arancia. Il Belluzzi, chiamato il 6 aprile 1885 dal medico curante a visitare detta donna, trovò che l' utero aveva la forma e il volume proprio di una gestazione al 3.° mese, che il viscere era alquanto spostato *in toto* a sinistra per la tumidezza che esisteva al lato destro e che era in intimo rapporto

col medesimo. Per ciò convenne col medico curante che potesse trattarsi o di essudato solido, effetto della peritonite sofferta, o di ematocele periuterino. Dopo un mese e mezzo la donna fu colta da fenomeni di gastro-euterile, i quali ben presto cedettero ad una cura adeguata, e verso la fine di maggio ella avvertì i moti attivi. Rivisitata si trovò il segmento inferiore dell'utero basso e arrotondato, il collo uterino breve e l'orificio esterno un po' aperto. Si fece diagnosi di gravidanza giunta al 5.° mese. Il 3 luglio fu visitata la paziente dal prof. Calderini, il quale convenne trattarsi con tutta probabilità di gravidanza, associata a tumore collocato a destra dell'utero, o costituito forse da un ematocele o da essudato peritoneale. Consigliava la puntura col sifone Pravaz, ciò che si fece, estraendo poche goccie di liquido contenente globuli sanguigni raggrinzati e pallidi, globuli bianchi, gocciole di grasso e pigmento ematico libero. In seguito la donna fu colpita da reumatismo articolare acuto che ben presto guarì, ma il 18 luglio venne presa da contrazioni uterine dolenti, dietro le quali uscì un grumetto dall'utero. All'esplorazione si trovò allora l'orificio esterno un po' aperto; non fu avvertita però alcuna presentazione fetale. Verso la fine dello stesso mese le contrazioni uterine si fecero più frequenti, ed usciva dall'utero un umore pallido e di cattivo odore. Il 29 luglio la paziente fu di nuovo visitata dal prof. Calderini, il quale trovò che la tumidezza era più resistente e superficiale di prima, talchè pareva nelle pareti stesse addominali, avvertì all'esplorazione che il solco di demarcazione fra la tumidezza uterina e la morbosa era diminuito, che il collo era un po' accorciato con l'orifizio esterno alquanto dilatato ma poco il canal cervicale, che il segmento inferiore non era dominabile e tanto meno alcun corpo contenuto nel medesimo e che l'utero era fermo ed in più intimi rapporti col tumore. Si convenne di favorire questo travaglio abortivo in vista anche del cattivo odore del liquido che usciva e ciò per mezzo di injezioni tiepide fenicale e del tampone vaginale. Ma queste pratiche tornarono a vuoto. Nel mese di agosto il Belluzzi rivisitò la donna, e trovò sull'utero verso il fondo e molto superficialmente una resistenza come di un gomito fetale per cui venne nel dubbio che si trattasse di gravidanza extra-uterina e probabilmente tubaria od utero-tubaria. Verso la metà di settembre i fenomeni del travaglio erano spariti, la tumidezza a destra sembrava diminuita; il segmento inferiore appariva meno pieno di prima, e l'essudato o ematocele che fosse, sempre più ridotto. Alla fine di settembre, chiamato in consulto il prof. Loreta, si ebbe più distinta la sensazione di parti piccole fetali sporgenti alla regione alta del tumore uterino, si trovò il collo divenuto più lungo ed il segmento inferiore meno voluminoso, mentre il tumore del lato destro era assai più rimpicciolito, per cui si sospettò con molto fondamento che le parti piccole appartenessero ad un feto morto in via di essicamento. Tutto procedeva bene, quando nel dicembre la donna ricadde inferma per dolori addominali e febbri

vespertine, i quali fenomeni erano però quasi cessati alla fine di gennaio 1886. Il 2 febbraio, mediante un purgante, ebbe scariche alvine fetidissime, e per la prima volta ebbe a notare il fatto che tanto dopo un clistere quanto nell'evacuare, nel posto del tumore addominale si formava una gonfiezza simile ad una boccia. Nella sera seguente incominciò l'espulsione per la via del retto di pezzi ossei che furono riconosciuti per ossa fetali, nonchè di alcuni pezzetti minuti fibrosi, e di un corpo verdastro che sembrava una placenta alterata. Dopo ciò la donna si riebbe alquanto, finchè l'ultimo di maggio, dopo un lungo viaggio, si dovette rimettere in letto. Sopraggiunsero di poi gravissimi fenomeni addominali coi sintomi di una peritonite settica, la quale uccise la paziente il 30 luglio. La necroscopia non venne eseguita.

Dopo l'esposizione di questi due fatti il Belluzzi, ponendo il quesito se convenga ricorrere alla gastrotomia più spesso di quello che si fa, ritiene che l'arte possa intervenire nelle gravidanze giunte a termine o quasi, siano desse tubarie, ovariche o addominali, ad onta di ciò che sembrano deporre varie statistiche intorno all'esito di queste ultime lasciate a sè. Fa però riflettere a questo proposito che molte di tali donne morirono nei primi mesi della gravidanza, che il medico crede necessario pubblicare solo i casi terminati colla guarigione, giudicando la morte un avvenimento ordinario in queste circostanze, che varie delle donne guarite dovrebbero dirsi più veramente solo sopravvissute, e che infine tutti i feti furono perduti. L'A. termina con questa conclusione: « Unendo poi ad un intervento chirurgico ragionevolmente pronto, l'uso più perfetto e sicuro dell'anestesia, e le medicature antisettiche e i tanti progressi della chirurgia addominale e dell'ostetricia, è a sperarsi possano essere raggiunti esiti migliori che pel passato. Fra i progressi dell'ostetricia non tacerò che l'amputazione utero-ovarica del Porro potrebbe trovare la sua applicazione in alcuni casi di gastrotomia per gravidanza extra-uterina, nei quali la cisti contenente il feto facesse corpo coll'utero stesso. »

IV. Charpentier. — **Du Choléra chez les femmes grosses.** (*Del cholera in donne gravide*). In : *Archives de Tocologie, des Maladies des femmes et des enfants nouveaunés*, 30 mars 1887, pag. 271.

Charpentier leggeva all'Accademia di Medicina di Parigi nella seduta dell'8 marzo 1887 un rapporto intorno ad un lavoro di Queirel di Marsiglia sull'argomento del colera durante la gravidanza. Questo lavoro è basato su 67 casi, di cui 37 sono stati osservati dall'A. nell'ultima epidemia avutasi in quella città. Delle 67 donne 39 sono morte e 28 guarite; in 29 la gravidanza non raggiunse il termine naturale. Nei casi, in cui vi è stata interruzione della gestazione, la mortalità è stata del 66 % circa, negli altri del 50 %. Queste cifre confermano le osservazioni fatte dagli autori (Bouchut, Hennig, Drasche) sulla gravità del colera nelle incinte, e sulla frequenza dell'aborto e del parto

prematuro. Però le cifre ottenute da Queirel, che ha visto l'interruzione della gravidanza essere poco favorevole alla guarigione, sarebbero invece in disaccordo con i fatti osservati dai detti autori e da Devilliers. Dall'analisi delle osservazioni risulta pure che il colera sembra colpire di preferenza le donne, le quali hanno passata la prima metà della gravidanza, e che la interruzione di questa pare tanto più frequente quanto più la gestazione è inoltrata. Tale accidente non si è osservato che quando il colera è durato 4 giorni almeno, e non mai prima del secondo giorno dell'attacco. Rispetto poi ai feti si è avuta una mortalità del 71 %; ma questo risultato così felice in apparenza lo è molto meno in realtà, poichè la maggior parte dei bambini nati viventi in queste condizioni, sono morti qualche ora o qualche giorno dopo la nascita.

Queirel viene poi ad esaminare le cause ed il meccanismo dell'aborto o del parto prematuro nell'incinte affette da colera. O il feto ha cessato di vivere, e allora agisce como un corpo estraneo che deve essere espulso; o il feto resta vivo, e allora altre cause devono mettere in moto la contrattilità uterina, e queste sono ricercate: *a)* nell'azione reflessa; *b)* nelle contrazioni dell'utero che si producono come i crampi delle membra; *c)* nella tossicoemia; *d)* nei disturbi della circolazione feto-placentale. È molto difficile determinare con esattezza la parte di ciascuno di questi fattori; più probabilmente ognuno di essi entra in azione nell'interrompere la gravidanza. — La fisonomia dell'aborto è lungi dall'essere sempre identica, qualche volta il travaglio si produce senza che l'ammalata paia averne coscienza, e così il collo dell'utero e il perineo cedendo al minimo sfogo, l'uovo è espulso in massa sotto la più leggera impulsione da parte della matrice. In queste circostanze si nota una diminuzione considerevole del liquido amniotico, e le membrane diventano come sovrabbondanti. Per questo fatto l'uovo non si tende più quando si verifica la contrazione, e per quanto minimo sia lo sforzo uterino, esso si porta direttamente sul feto, e basta a fargli passare il collo e il perineo che partecipano all'atonia, alla specie di paralisi che invade tutti gli organi. Se a ciò si aggiunge l'influenza depressiva della diarrea e sopratutto del vomito, si hanno fatti a josa per ispiegare la facilità con cui avviene l'aborto in tali circostanze.

Altre volte l'accidente si produce durante il periodo convulsivo per così dire del colera, e allora sono le contrazioni dell'utero e specialmente del suo corpo, che, uniti a quelli dei muscoli delle pareti addominali, producono la rapida espulsione del prodotto del concepimento, tanto più che le resistenze sono lievi. Queirel non ha mai riscontrato l'endometrite emorragica di Slavjansky, che secondo alcuni autori sarebbe la causa dell'aborto nelle incinte affette da colera e da altre malattie infettive. Respinta questa cagione, l'interruzione della gravidanza, secondo lui, sarebbe prodotta dal ristagno del sangue avvelenato e

nerastro del periodo cianotico, venendo così il feto privato dell'ematosi normale e quindi della vita. Ma se il prodotto del concepimento viene espulso vivente, bisogna allora pensare che il sangue in seguito alle sue alterazioni si trova carico di una quantità considerevole di acido carbonico, il quale, come ha dimostrato Brown-Sequard, determinerebbe la contrazione prematura dell'utero, e quindi la possibilità pel bambino di nascere morto o vivente dipenderebbe dall'intensità dell'alterazione del sangue e dalla rapidità dell'espulsione. Difatti se la madre è puramente asfittica, non solo non fornirà più ossigeno al feto, ma gliene sottrarrà, e quindi questo dovrà soccombere prima della madre. Ma se invece il sangue materno è alterato profondamente in modo che sia divenuto incapace assumere ossigeno, quello, qualunque sia lo stato d'asfissia materna, sottrarrà punto o poco ossigeno al sangue fetale, e il bambino resisterà più che la madre. Si comprende adunque come certi feti abbiano potuto essere espulsi viventi malgrado lo stato grave della donna attaccata da colera. Con Charpentier è a lamentare a questo proposito che Queirel non abbia indicato nelle sue osservazioni quando sia avvenuta la morte del feto, se al momento del periodo asfittico, prima o dopo di esso; notizia che avrebbe avuto non piccol valore per risolvere il problema.

Avendo il medico marsigliese nel corso del suo lavoro esaminata l'influenza che può avere sulla morte del feto l'ipertermia o l'ipotermia della madre, Charpentier dichiara che secondo ricerche posteriori a quelle di Runge (intraprese sotto sua istigazione da Doléris e Doré), risulta che le oscillazioni termiche hanno un'influenza mediocre o nulla; mentre è la tossicoemia, è l'infezione che sotto questo punto di vista ha una parte essenziale; è dessa che induce i fenomeni irritativi neuro-vascolari, che apporta le alterazioni chimiche del sangue e dei mezzi e conseguentemente i disturbi respiratori placentali, che difficultano o impediscono l'osmosi. In seguito a ciò il meccanismo della morte del feto e dell'aborto si spiega facilmente.

Come Queirel così anche Charpentier non crede che lo stato di gravidanza predisponga al colera, poichè le cifre non dimostrano ciò. Ma con Siredey e Besnier Queirel verificò il carattere eccezionalmente grave che prende questa malattia nelle puerpere, nelle quali la morte è la regola quasi assoluta.

V. De Soyre. — **De l'intervention dans les présentations de la face.** (*Dell'intervento nelle presentazioni della faccia*). In: *Archives de Tocologie, des Maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, 15 et 30 mars 1887, pag. 205, 241.

L'A. incomincia col riferire dati statistici tolti dalla tesi inaugurale del dott. Boisleux, il quale, esaminando le cartelle della Clinica Ostetrica di Parigi dal 1.° gennaio 1852 al 1.° gennaio 1866, ha notato sur un totale di 52362 parti 143 presentazioni della faccia. In questi casi si è dovuto inter-

venire 44 volte (4 su 13) estraendo il bambino morto 2 volte su 5; mentre in 89 parti per la faccia avvenuti spontaneamente e a termine, si è avuto 1 feto morto su 22. Basandosi sempre su questi dati statistici, l'A. conclude che le posizioni posteriori nella presentazione in parola non sono un ostacolo al parto spontaneo, come tra gli altri asseriscono Tarnier e Charpentier, poichè in queste circostanze si è avuto l'87, 5 % di parti spontanei, e solo il 12, 5 % di parti terminati artificialmente. Dall'esame dei fatti De Soyre consiglia di guardarsi dall'intervento troppo attivo nelle presentazioni della faccia, ma di lasciare invece alla natura il compito di condurre a termine tutti i tempi del parto. Questo consiglio scaturisce da due considerazioni: 1.° dal vedere che quando la testa è poco o niente impegnata, il forcipe, che generalmente viene usato in tali circostanze, spesso fallisce, perchè o non si riesce ad afferrare il capo, e l'istrumento lascia la presa, o si fa una cattiva applicazione, non presentandosi quasi mai la faccia allo stretto superiore in modo franco; 2.° dal fatto che negli interventi troppo attivi, spesso il feto nasce morto. La causa di quest'esito letale risiederebbe, secondo l'A., il più delle volte nel disturbo apportato dalle manovre all'esercizio della contrattilità uterina, poichè si vede sovente la matrice in seguito a questi tentativi restare in uno stato di contrazione permanente al punto da rendere impossibile ogni altro modo di agire.

La circolazione utero-placentale essendo perciò molto rallentata, i battiti del cuore del feto non tarderanno a divenire irregolari e a finire per estinguersi gradualmente.

Ma se per la cessazione od inefficacia delle contrazioni uterine, o per il rallentamento od irregolarità del rumore a doppio battito, od ancora per emorragia grave od eclampsia, ecc., divenga necessario l'intervento dell'arte, questo, secondo il consiglio dell'A., non dovrà mai aver luogo che al collo dell'utero completamente dilatato o dilatabile, e dovrà essere differente a norma del grado cui è giunto il meccanismo del parto. Qualora la testa non sia impegnata nello stretto superiore, è alla versione pelvica che l'ostetrico dovrà pensare, poichè l'orifizio uterino essendo quasi completamente aperto, il bambino non sarà esposto che per poco tempo alla possibile compressione del cordone ombelicale, mentre la madre dopo l'uso degli antisettici correrà minori pericoli che altra volta: De Soyre avvalora questa asserzione con dati statistici. Su 3 casi di presentazione della faccia riferiti da Boisleux e trattati col rivolgimento, si ebbero 3 bambini viventi; su 12 casi analoghi osservati da M.e Boivin alla Maternità di Parigi (nei quali il feto era vivo al momento dell'operazione) si ebbe un sol feto morto con la versione pelvica, ed egualmente su 7 casi di presentazione facciale riportati nella seconda statistica di M.r Lachapelle, quest'operazione diede 7 bambini viventi. — Ma qualora la faccia siasi impegnata o, meglio ancora, sia discesa nell'escavazione, l'A. consiglia

ricorrere al forcipe, poichè allora, essendo la testa convenientemente bassa, sarà cosa facilissima farle eseguire il movimento di rotazione anche nelle posizioni posteriori.

Trattandosi poi di bacino viziato, quando il difetto è leggero ed il volume del bambino non è troppo considerevole, in una parola quando non vi ha soverchia sproporzione fra i diametri fetali e quelli del canale pelvico, non deve, secondo De Soyre, cangiare affatto il genere di condotta suindicato: — Se all'opposto si ha di contro un grado più forte di viziatura, il feto a termine, qualunque sia la presentazione, è esposto a tali pericoli, che l'ostetrico dovrà sopratutto aver di mira la salute della madre, e il cefalotribo diventerà l'istrumento al quale si dovrà ricorrere più spesso: poco importa che si faccia precedere o meno al suo uso il risvolgimento o l'applicazione del forcipe. Però l'A. preferisce il primo di questi due mezzi, come quello che in seguito permette meglio di fissare la testa allo stretto superiore, affine di poterla afferrare fra il morso del cefalotribo con minor pericolo di vederla sfuggire.

VI. Doléris. — **De l'endométrite et de son traitement.** (*Dell'endometrite e della sua cura*). In: *Archives de Tocologie, des Maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, 15 et 28 février et 15 mars 1887, pag. 97, 145, 193.

Questo lavoro è diviso in tre paragrafi: nel primo si tratta della *patogenia generale nella metrite;* nel secondo dell'*anatomia patologica generale dell'endometrite;* nel terzo della *cura locale di quest'ultima malattia.*

E per rispetto al primo paragrafo Doléris esaminando l'etiologia della metrite, senza rigettare formalmente l'influenza delle cause interne indicate ancora dalla maggior parte degli Autori, conclude che nel più dei casi sono le cause esterne i veri fattori patogenetici di essa, e che ogni metrite ha un'origine virulenta, non essendovi metrite reale se non per l'aggiunta di un microbo patogeno. Secondo l'Autore la lesione iniziale dell'inflammazione dell'utero è l'endometrite, la quale resta poi alla sua volta permanente nella inflammazione cronica. Nella metrite acuta e nei periodi iniziali della metrite cronica sopratutto, la mucosa inflammata è il focolaio che alimenta i focolai morbosi secondari, i quali sono la muscolatura uterina, i linfatici, gli annessi, il peritoneo e il parametrio. Alcune circostanze vengono poi a favorire l'approfondarsi del processo, come l'occlusione del collo meccanica o spasmodica o organica (la quale, quando esiste, cagiona la ritenzione dei prodotti settici e ne favorisce il riassorbimento), come per la stessa ragione le deviazioni accentuate dell'utero, e massimamente la retroversione.

Stabilitasi poi la metrite cronica, la guarigione spontanea di essa diventa difficilissima e per la profondità delle lesioni che hanno guada-

gnato fino il fondo cieco e le ripiegature glandulari dell'endometrio sia del corpo, sia del collo, e pel ritorno periodico dei mestrui, ed infine per l'atrofia della muscolatura uterina che non concorre punto alla detersione della cavità, ma invece favorisce la penetrazione dei germi flogogeni. Fatte queste premesse, l'Autore passa a studiare con precisione le alterazioni anatomiche dell'endometrite, poichè chiaro apparisce che la guarigione della metrite cronica è in certa guisa dipendente dalla guarigione di quella, e che perciò non si può istituire una cura completamente razionale se non dopo la conoscenza precisa delle attrazioni reali della mucosa.

E per rispetto a questo punto, che forma il soggetto del secondo paragrafo, Doléris efferma che le lesioni mucose della metrite si compendiano ora in una tendenza vegetante ed iperplastica, che non cede ad alcun trattamento se non alla distruzione totale, ed ora in una stenosi generale delle glandole ed in uno stato cistico del loro cul di sacco, che è guaribile solo per un processo terapeutico analogo. Queste lesioni principali, come le altre accessorie che si possono riassumere in varici, trombosi, ulcerazioni, rotture, granulazioni, ecc., hanno per conseguenza sintomi abituali, di cui ecco i principali: 1.° Alterazioni delle secrezioni, che divengono muco-purulenti o purulenti (catarro cronico); 2.° Metrorragie ripetute e menorragie (metrite emorragica); 3.° Dolori per ritenzione, per ispasmi, per irradiazioni pelviche. A ciò possono aggiungersi fenomeni simpatici dipendenti da alterazioni variabili delle pareti muscolari, cellulose o peritoneali dell'utero, allorchè queste alterazioni sono accentuate. Dalle cose dette superiormente l'Autore scende a corollari pratici, asserendo che per ovviare alle conseguenze delle lesioni patologiche complesse che caratterizzano la metrite cronica, fa d'uopo, volendo eseguire una cura razionale da una parte aprire alle secrezioni una via di eliminazione larga e facile ed assicurare nello stesso tempo la possibilità d'una azione diretta sulla mucosa (dilatazione del collo uterino), dall'altra modificare l'endometrio in tutta la sua spessezza (trattamento locale della mucosa dell'utero).

E così entra nell'argomento che costituisce il soggetto del terzo paragrafo. L'Autore a questo proposito distingue la cura locale in medica e chirurgica. In rapporto alla medica fa notare: 1.° Che essa non ha alcuna efficacia sulle metriti inveterate, e tutte le volte che esistono vegetazioni spesse, masse fungose o polipoidi la sua azione è frequentemente frustanea; 2.° Che i caustici solidi non toccano tutti i punti della superficie uterina, e che quindi basta un punto rettale intatto perchè la metrite si riproduca; 3.° Che le soluzioni liquide potendo essere usate solo in un debole grado di concentrazione sotto pena di accidenti, non agiscono che superficialmente e per conseguenza non possono servire che nei casi leggerissimi, dove qualche volta basta la sola dilatazione; 4.° Infine che i caustici coagulanti hanno un'azione

tutta meccanica, e provocano la formazione d'uno strato solido, vera barriera all'escrezione dei prodotti settici. Il vero trattamento locale consigliato da Doléris consiste nel chirurgico, vale a dire nel raschiamento: il quale metodo d'origine francese, proposto molto tempo fa da Récamier venne abbandonato di poi in ragione degli accidenti consecutivi ad un intervento privo allora del soccorso capitale, dell'antisepsi, e nella spazzolatura (*écouvillonnage*) con la contemporanea applicazione di topici medicamentosi. L'Autore dà per ciò la preferenza al creosoto in ragione delle sue proprietà antisettiche e della sua grande diffusibilità. Usa le soluzioni nella glicerina al $1/_{10}$ o anche al $1/_{3}$, e qualche volta si serve ancora del creosoto puro per bagnare lo spazzolino (*écouvillon*) (1). Egli ed altri con lui non hanno notato mai accidenti dopo il raschiamento e la spazzolatura, non hanno mai visto un sol caso di febbre, mai la temperatura oltre 37°,5.

Doléris istituendo poi un confronto tra la *curette* e l'*écouvillon*, afferma che sebbene questi due istrumenti si completano il più frequentemente, pur tuttavia essi hanno la loro azione speciale. La *curette* va più profondamente, essa fa un'abrasione decisa, ma agisce meno egualmente, e non penetra in tutti gli angoli e in tutti gl' intestizi. È congiunta poi a qualche pericolo (l'Autore è molto inclinato ad attenuarlo), che colpisce alcuna volta i pratici, la lacerazione profonda o perforante dell' utero. In ogni modo però essa è indispensabile per l'estrazione di piccoli lembi, che da soli permettono di fare una diagnosi precisa. L'*écouvillon* gratta in modo eguale tutta la cavità uterina quando è ben fatto e ben scelto: qualora sia soffice, serve come spazzola e porta-topici ad un tempo, preparando così l'assorbimento dei medicamenti che trasporta; qualora sia duro, distrugge benissimo la mucosa bernoculuta se non la prima volta, certamente alla seconda e alla terza applicazione, trasportando del pari il topico antisettico destinato a compire la sua azione sulla mucosa. Serve meravigliosamente di complemento alla raschiatura nei casi in cui questa è riconosciuta indispensabile; ripulisce con grandissima esattezza la superficie endo-uterina e la sbarazza dai frammenti lasciati aderenti dalla *curette*. Ha poi l'inconveniente di non portar via per lembi il tessuto malato, a meno che questo non sia di una mollezza sufficiente; ma al punto di vista dei risultati l'*écouvillon* ne opera la distruzione così bene, come farebbe la *curette*, per disgregamento degli elementi cellulari. La sua azione in profondità è del pari certa: inoltre esso è più facilmente accettato dal pratico e dall'ammalata; questa si rassegna più volentieri ad una spazzolatura intra-uterina che ad un raschiamento con istrumento metallico.

---

(1) L'*écouvillon* si compone di un'asta metallica raddoppiata, il cui punto di ripiegatura rappresenta l'estremità uterina; qui è rivestita di crine a mo' di spazzola rotonda e simile allo strumento che si usa per pulire i tubi dei odppatoj.

Dopo tutto ciò l'Autore viene nelle conclusioni seguenti: 1.° Rigorosamente parlando, la spazzatura può servire per tutti i casi di endometrite; in pratica però bisogna conservare l'uso della *curette* per le forme a bernocoli inveterate e ribelli, spazzolando di poi. 2.° L'*écouvillon* troverà la sua applicazione nella maggior parte dei casi di endometrite. È un prezioso istrumento per fare medicature intra-uterine nei casi recenti e leggeri, e per modificare e distruggere la mucosa malata nelle forme croniche, le più frequenti nella pratica. La spazzolatura sarà sempre tentata con vantaggio a titolo di prova, se si vuole evitare di ricorrere alla *curette;* interverrà poi sempre come complemento in tutti i metodi di raschiamento dell'utero. 3.° Le injezieni caustiche usate a compire l'azione del grattamento o della raschiatura sono inferiori all'*écouvillon* caricato della soluzione di glicerina creosotata al $\frac{1}{2}$ o al $\frac{1}{3}$. 4.° L'abbassamento della matrice è indispensabile in tutti i processi di terapeutica intro-uterina, garantendone la ra rapidità, la sicurezza e la facilità. 5.° La dilatazione è utile senza essere indispensabile; essa però trova applicazioni speciali per ciascuno dei due processi. La dilatazione con le tente antisettiche creosotate agisce con vantaggio sulla mucosa uterina; la dilatazione estemporanea o divulsione è un buon mezzo di cura del dolore legato alle affezioni croniche del piccolo bacino. 6.° Il trattamento generale della metrite cronica non può avere azione reale che a titolo di adiuvante, mentre nelle forme leggiere e recenti i suoi effetti sono problematici. 7.° La cura e la guarigine dell'endometrite sono, allorchè il trattamento locale è istituito a tempo, il segno della guarigione delle diverse altre lesioni della metrite, salvo però le aderenze della pelvi peritonite cronica inveterata.

Doléris termina il suo lavoro dando una statistica di 339 casi curati, secondo i principii suaccennati, dal luglio del 1880 al 1.° gennaio 1887. Di queste 339 malate 280 erano affette da endometrite leggera, 43 da endometrite inveterata vegetante, poliposa, ecc., e 16 da endometrite deciduale recente con o senza ritenzione di placenta o di membrane, comprendendo in questa classe anche le endometrite puerperali settiche *post partum.* Tutte le malate considerate in tale statistica sono guarite senza accidenti.

VII. CHIARA D. — **Ultimi perfezionamenti nella tecnica dell'operazione cesarea.** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia,* Vol. IX, N. 4, 5 e 6, aprile, maggio e giugno 1887, pag. 152).

Il prof. Chiara nella terza adunanza della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia, e precisamente nella seduta dell'8 aprile 1887, riferendo su questo argomento, riduce a due i metodi dell'operazione cesarea, l'uno antico conservatore, l'altro moderno (metodo di Porro) demolitore. I punti o momenti della tecnica che secondo l'Autore segnano un perfezionamento tanto nel metodo Porro, quanto nell'antico

dopo la modificazione della sutura siero-sierosa, che costituisce il così detto proceso Sänger, sarebbero i seguenti: 1.° (Il più importante). Applicazione del governo antisettico o listerismo. 2.° Il sollecito intervento in soprapparto, e possibilmente appena incominciato il periodo espulsivo, se si tratta del metodo conservatore. 3.° L'intervento prima del travaglio o sull'esordio affatto, se si tratta del metodo demolitore. 4.° L'estrazione dell'utero dalla cavità addominale o prima d'inciderlo o subito dopo estratto il feto, anche quando si voglia seguire il metodo conservatore. 5.° La pratica di passare da 4 a 6 punti nella parte superiore dell'incisione addominale prima di estrarre l'utero, per poter chiudere e impedire l'uscita delle anse intestinali dopo fuoriestratto l'utero, che con la sua presenza chiuderà la parte inferiore della breccia, e quell'altra pratica di fissare con punti il peritoneo agli angoli della ferita addominale. 6.° Coprire la breccia in modo che non possa penetrare sangue o altro liquido dall'utero nell'addome. 7.° La ischemia dell'utero, che si ottiene colla compressione fatta sulla base del cono cervico-uterino da un laccio elastico (di gomma). 8.° Il mantenimento della temperatura normale all'utero sia lavando con soluzione antisettica calda (soluzione di bicloruro di mercurio), sia ricoprendolo con garza o pezze di flanella imbevute nella medesima soluzione. 9.° Per il metodo conservatore la sutura siero-sierosa a sopragitto dopo quella muscolo-sierosa evitando la mucosa uterina: tutto ciò costituisce la caratteristica di quello che vien detto dai più metodo Sänger. Si potrà forse aggiungere presto per il metodo demolitore l'affondamento del peduncolo.

L'Autore eseguì recentemente (maggio 1886, febbraio 1887) due volte il metodo conservatore con la modificazione Sänger. La prima volta incise la sierosa da sola a mano sospesa, distaccandola per un centimetro tanto a destra quanto a sinistra con un istrumento smusso, e quindi tagliò il prisma di tessuto uterino lasciando ricadere tra le labbra della ferita i lembi peritoneali, che vennero così facilmente ad affrontarsi colla loro faccia esterna. Nell'ultima operata l'incisione fu fatta nel solito modo, ma quando si tentò di riavvicinare i margini, si vide che mentre l'affrontamento era perfetto nel terzo superiore della ferita, non si era ottenuto altrettanto nel terzo medio ed inferiore per esuberanza di stoffa, e non si raggiunse lo scopo che allorquando per mezzo del coltello si regolarizzarono le superfici del taglio. Il prof. Chiara ponendo poi a confronto il metodo Sänger col metodo Porro, fa notare che le statistiche danno a vedere una mortalità molto maggiore col secondo. E sebbene le sue ultime cinque operate di taglio cesareo, tre condotte secondo il metodo Porro e due secondo il conservatore, siano tutte guarite, pure il risultato fu assai migliore con quest'ultimo, poichè delle due donne l'una si levò il 12.°, l'altra il 15.° giorno dall'operazione, come in un puerperio comune; mentre per le operate alla Porro occorre più di un mese per la cicatrizzazione dell'infondibolo lasciato dall'eliminazione del moncone.

VIII. Petit Gilberto. — **Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation.** (*Dei rapporti della paralisi generale con certi disturbi della mestruazione.* (*Thèse de Paris*). In : *Archives de Tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés,* 30 avril 1887, pag. 337.

Si esamina da prima l'opinione dei psichiatri francesi e stranieri sul rapporto esistente tra la paralisi generale nelle donne e i disturbi mestruali sopravvenuti in esse, e si conclude a questo proposito: 1.° Che per certi Autori la paralisi generale non porterebbe modificazione nei fenomeni catameniali; 2° Che per la maggior parte di essi la soppressione completa delle regole determinerebbe lo sviluppo della periencefalite diffusa, sia che questa soppressione avvenga al momento della menopausa, sia che accada prematuramente. L'Autore scende quindi a riferire i fatti clinici che ha in proposito analizzati il più scrupolosamente possibile durante il suo internato all'asilo Sainte-Anne, formandone una prima serie di 20 casi. A questa ne aggiunge una seconda comprendente 39 malate di paralisi generale, le une tolte dalla tesi del dott. Colovitch, le altre fornite dal dott. Rey, medico assistente all'asilo di Ville-Évrard, e dal collega dott. Legrain. Su quelle 59 paralitiche i disturbi della mestruazione si ripartirono nel modo seguente:

Soppressione totale dei mestrui	25
» » » preceduta da perdite . .	8
Irregolarità semplice della mestruazione	10
Mestruaz. ricomparsa durante la remissione della malattia	6
Mestruazione conservata	7
	59

Riassumendo, su 59 paralitiche 52 ebbero i catameni disturbati in seguito allo sviluppo della meningo-encefalite diffusa, e 7 solamente sono state regolarmente mestruate fino alla morte. L'Autore fa notare che le irregolarità mestruali non si sono avverate che un certo tempo dopo il principio dell'affezione, e che egualmente nei casi dove le epoche si sono soppresse del tutto, ciò è avvenuto dopo un tempo più o meno lungo dal principio della paralisi generale, ma non mai al periodo ultimo della malattia, in modo che non si può attribuire questa anormalità funzionale degli organi generativi alla cachessia propria della meningo-encefalite diffusa verso la sua fine. Ma in questi casi si sono notate emorragie supplementari. In tutte le paralitiche, che hanno avuto vere remissioni nel corso della loro malattia, si è osservato che qualche tempo dopo l'inizio della paralisi generale, si soppressero le regole, soppressione che si prolungò finchè i sintomi della meningo-encefalite non migliorarono. Più tardi, al sopravvenire della

remissione i mestrui si ristabilirono, ma cessando quella dopo un tempo più o meno lungo, i catameni scomparvero in modo stabile e definitivo. Si vede dunque che le malate erano già nel periodo della remissione quando le regole sono ricomparse, e che quindi non è permesso di dire per quei casi particolari almeno, che il ritorno delle epoche mestruali abbia apportato un miglioramento nello stato delle malate. Nei 7 casi poi in cui i mestrui non hanno subito modificazioni fino alla morte della paziente, l'affezione ha durato più a lungo, da 9 a 12 anni, mentre si sa che tutti gli alienisti sembrano d'accordo per fissare a 4 o 5 anni la durata media della paralisi generale.

L'Autore termina poi instituendo un confronto tra ciò che è avvenuto rispetto alla mestruazione nelle donne affette da meningo-encefalite diffusa e nelle alienate non paralitiche. A tal uopo rese in esame 20 melanconiche, 20 maniache, 20 affette da allucinazioni congiunte ad idee manifeste di persecuzione e 4 colpite da follia a doppia forma, e su un totale di 64 donne, tutte giovani, ebbe a notare la mestruazione normale 55 volte, la mestruazione disturbata 9 volte. È dunque evidente che nella maggior parte delle donne affette da paralisi generale, la funzione catameniale è alterata per causa della malattia. L'Autore confessa che è dificile dare la spiegazione del fatto, ma che egli propende per credere essere questo fenomeno, come tanti altri osservati nelle alienate paralitiche, sotto la dipendenza d'un disturbo della nutrizione generale.

Da tutto ciò che precede si traggono le conclusioni seguenti: 1.° Lo sviluppo della paralisi generale nella donna apporta il più di frequente disturbi nella mestruazione; 2.° Questi disturbi si caratterizzano ora in un arresto subitaneo e definitivo delle regole, ora in una irregolarità notevole di esse, mentre prima la funzione catameniale si compiva senza anormalità; 3.° Allorchè nel corso della paralisi generale nella donna succede una remissione, questa sembra abbia per effetto di ristabilire la regolarità nella mestruazione; 4.° le malate che durante la meningo-encefalite diffusa non hanno provato alcun disturbo mestruale, parrebbe resistere più a lungo di quelle le quali hanno visto sopprimersi completamente i loro catameni ed anche divenire irregolari.

IX. Pasquali. — **Sulla basioclastia a testa seguente** (*Annali di Ostetricia e ginecologia*, vol. IX, N. 4, 5 e 6, aprile, maggio e giugno 1887, pag. 153).

Il prof. Pasquali riferisce nella terza adunanza della Società Italiana d'Ostetricia e Ginecologia (seduta dell'8 aprile 1887) su un processo da lui due volte eseguito per estrarre la testa, quando presentandosi le natiche, quella deflessa viene arrestata e come uncinata da un falso promontorio molto prominente. Egli allora apre posteriormente lo speco vertebrale incidendo le parti molli sulla linea mediana, poi introduce

per l'apertura fatta una robusta forbice di Esmarck, e, divise così tutte le vertebre, penetra con un punteruolo lungo il canal vertebrale fin dentro il cranio, ed esegue la excerberazione. In un caso in cui l'ossificazione della testa era molto progredita, l'Autore potè pel canale aperto introdurre nel cranio il craniolaste di Auvard ed operare la craniolastia. Il prof. Pasquali fa una minuta narrazione dei due casi occorsigli e presenta gli scheletri dei due bambini.

X. MANGIAGALLI L. — **Comunicazioni fatte alla terza riunione della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia in Genova il 7 aprile 1887.**

I. — *Sulle cisti a contenuto gassoso della vagina.* (« Annali di Ostetricia e Ginecologia »), vol. IX, N. 4, 5 e 6, aprile, maggio e giugno 1887, pag. 178.

L'Autore crede opportuno comunicare un caso di tal genere occorso alla sua osservazione, perchè secondo lui è unico nella lettura ostetrico-ginecologica italiana, e perchè la patologia di siffatta lesione è tuttora oscura. — Trattavasi di una donna gravida al 7.° mese con feto vivo in presentazione del vertice. Sia la parete vaginale postero-superiore, sia la porzione vaginale del collo erano coperte da prominenze liscie, un po' dolenti alla pressione, di consistenza alquanto aumentata in confronto al resto della mucosa vaginale, e di dimensione variabile tra il volume di una capocchia di spillo e quello di un pisello. Alcune di esse erano isolate, altre raggruppate; il resto della mucosa vaginale si presentava lievemente granulosa. All'esame collo *speculum*, mentre la vagina appariva di color paonazzo, dette prominenze in una buona parte della faccia che prospettava il lume del canale, erano di un color bianco sporco madreperlaceo, e quella parte passava direttamente sulla mucosa vaginale che pareva sollevata per incorniciarla. Alcune di esse compresse con le pinzette si rompevano producendo un rumore caratteristico simile a scoppio di piccole bolle gasose; punte, si afflosciavano rapidamente facendo sentire un lieve crepitio come di fuga di gas, il qual fatto era anche più evidente ricoprendone una con uno straticello di acqua. Trattavasi adunque di quella forma morbosa detta da Winckler *colpohyperplasia cystica*, da Ruge *cisti aeree*, da Zweifel *vaginitis emphysematosa*, da Eppinger *emphysema vaginae*, da Schmolling *colpitis vesicularis emphysematosa*, da Lebedeff *cisti gasosa.*

L'Autore passa poi in rivista la letteratura di tale malattia, espone le diverse opinioni emesse dagli autori sulla sua natura e sulla sua origine, sottoponendole ad un'assennata critica. Però a questo proposito egli conclude che ancora non si è risposto in modo concorde sui quesiti seguenti, i quali perciò aspettano una soluzione soddisfacente. Qual' è la sede di dette produzioni cistiche? qual'è la vera natura, l'essenza del processo morboso? quale il gas contenuto? Il suo svi-

luppo deve ritenersi endogeno, oppure desso vi penetra dall'esterno ed in qual modo? L'Autore confessa essere molto scarso il contributo che può dare alla soluzione di tali questioni. Tentò in varie maniere di potere raccogliere il gas contenuto nelle cisti, ma non potè raggiungere lo scopo massimamente per mancanza di mezzi. Con una escisione però riuscì ad asportare oltre la porzione di cisti che sporgeva nel lume della vagina, anche un piccolo anello di mucosa che la recingeva. Messo ad indurire il pezzetto nell'acido picrico, ne venne tagliato un segmento che comprendesse una parte dell'anello vaginale e la parte libera della cisti, e di esso si fecero sezioni longitudinali, ognuna delle quali presentava quindi una parte della parete libera della cisti ed una porzione della mucosa confinante, almeno ne' suoi strati superficiali. Dall'esame microscopico dei preparati risultò che tali cisti non erano punto dovute a dilatazione degli otricoli glandolari, come credono Winckel e Zweifel, che la loro sede non era affatto sottoepiteliale, ma dentro il connettivo della mucosa. Anche l'Autore osservò che filamenti connettivali attraversavano il vacuolo ripieno di gas, come fu descritto da Ruge; notò che la congestione, però non forte costituiva, come nei preparati di Lebedeff, il reperto fondamentale; trovò egli pure che esistevano piccoli stravasi superficiali, e che in qualche punto sembrava si accennasse alla formazione di un vacuolo. Ma il prof. Mangiagalli non può accettare che la congestione sia, come vuole Lebedeff, il fatto primitivo determinante le alterazioni successive, le quali per modificazioni speciali del sangue stravasato dieno origine a sviluppo di gas nei vacuoli, risultato di questi stravasi. Che la congestione possa avere influenza lo si può già desumere dal fatto che questa forma morbosa si osservò quasi esclusivamente nelle gravide, ovvero su donne (due solamente) in cui per l'affezione dalla quale erano colpite (una volta retroversione uterina con aderenze, un'altra cisto carcinoma dell'ovario destro) poteva essere ostacolato il miolo della vagina. Ma l'Autore fa notare giustamente che se la congestione avesse l'importanza di fattore genetico, noi dovremmo osservare queste cisti con grande frequenza, essendo l'intensa iperemia passiva della vagina uno dei fatti ordinari della gravidanza, e dovremmo leggere nettamente in quelle, massime nelle grandi, la storia dell'evoluzione successiva degli stravasi che loro avrebbero dato origine.

II. — *Episiotomia ed episiorafia* (« Annali di Ostetricia e Ginecologia », vol. IX, N. 4, 5 e 6, aprile, maggio e giugno 1887, pag. 188).

Qualche volta parecchi fattori che favoriscono la lacerazione perineale si associano, e la rendono pressochè inevitabile anche con una assistenza intelligente ma incruenta. In questi casi, secondo l'Autore, è indicata la episiotomia: egli mentre è convinto che essa abbia reali indicazioni, crede d'altra parte che queste non sieno molto frequenti. Ribatte poi le obbiezioni fatte a tale operazione. Si è ad essa rimpro-

verato in primo luogo di non evitare la rottura del perineo, ma ciò è falso, poichè risulta dalla statistica di Credé essere nella Clinica di Lipsia molto rare (2,9 %) siffatte lacerazioni malgrado le incisioni. Caduta questa, le altre obbiezioni fatte all'episiotomia, di lasciare cioè nei genitali esterni una ferita pronta all'assorbimento, tanto più che è inferta nettamente da strumento da taglio, di prolungare il decorso del puerperio, e d'impedire la chiusura della vulva, sono di poca o minor importanza, se si confrontano questi inconvenienti relativamente leggeri col pericolo grave che deriverebbe da una vasta lacerazione del perineo. Abbiamo poi mezzi da porre riparo anche a tali sconci facendo seguire all'episiotomia la episiorafia, come si fa nella Clinica di Lipsia. Ecco come si conduce l'Autore. Egli si limita ad una incisione laterale sinistra fatta con una forbice retta, 2-3 centimetri al di sopra del frenulo, nella direzione della tuberosità ischiatica, e della lunghezza di 1-2 centimetri, secondochè pare che l'ostacolo sia dato soltanto dalla pelle o dalle fibre espanse e tese dal costrittore. Facendo un'incisione più lunga di quanto si consiglia comunemente, egli evita che la lacerazione si prolunghi, che sia necessaria una seconda incisione, e previene più sicuramente la rottura del perineo. La ferita così inferta assume un aspetto romboidale, di cui gli angoli superiore ed inferiore si trovano nel limite tra la mucosa e la pelle, l'angolo interno giace sulla mucosa, l'esterno sulla cute. Pulita bene la ferita, unisce gli angoli superiore ed inferiore mediante un filo di seta sottile collocato profondamente; se ciò non basta, dà due altri punti superficiali, uno sulla mucosa, l'altro sulla cute. L'Autore su 17 casi trattati in questa guisa, due sole volte vide l'episiorafia mancare d'effetto.

III. — *Del biioduro di mercurio in ostetricia.* (« Annali di Ostetricia e Ginecologia », vol. IX, N. 4, 5 e 6, aprile, maggio e giugno 1887, p. 191).

Nella Clinica Ostetrica di Catania dal 1879 in poi si fece l'antisepsi coll'acido fenico in 234 parti, col sublimato corrosivo in 58, e col biioduro di mercurio in 26. Nel periodo della profilassi con l'acido fenico si ebbe la morbilità del 29,44 % e la mortalità dell'1,70 %; in quello della profilassi col sublimato la morbilità del 15,32 % e la mortalità del 0 %; in quello della profilassi col biioduro di mercurio la morbilità del 7,69 % e la mortalità del 0 %. Esposti questi dati statistici, l'Autore fa la storia del biioduro di mercurio usato in ostetricia, ed a questo riguardo riferisce i risultati degli esperimenti di Miquel, il quale pone il biioduro a capo degli antisettici; avendo in esso riscontrato un potere tre volte maggiore del bicloruro. È vero che la storia del sublimato conta già un grandissimo numero di trionfi, per cui parrebbe inutile la ricerca di altri antisettici! ma è pur vero che malgrado tutte le precauzioni, usando quel farmaco, non siamo al sicuro da fenomeni gravi d'avvelenamento, come lo dimostrano le osservazioni di casi anche mortali, che si son venuti a mano a mano accu-

mulando. L'ideale a cui si dovrebbe aspirare, sarebbe rappresentato da quella sostanza, che pur essendo micidiale per quel dato microorganismo patogeno, fosse innocuo per la cellula vivente del nostro organismo. Intanto però che si studia per realizzare questo altissimo ideale, non è a disdegnarsi quel mezzo che a parità di efficacia o ad efficacia maggiore del principe degli attuali disinfettanti, unisca anche un grado maggiore d'innocuità. All'Autore sembra che il biioduro si trovi in queste condizioni rispetto al bicloruro di mercurio, e le considerazioni per cui egli ritiene quel sale più innocuo di questo, sono le seguenti: 1.° Usato anche in copia per via esterna, non ha mai dato fenomeni apprezzabili d'idrargirismo; 2.° Il suo potere tossico amministrato internamente è minore di quello del sublimato; 3.° La molecola del biioduro contiene molto meno mercurio che non la molecola del bicloruro, come risulta dalla rispettiva costituzione atomica; 4.° Questo vantaggio è reso più segnalato dal fatto che il biioduro può adoperarsi in una soluzione meno concentrata che non il bicloruro, avendo un potere antisettico maggiore. Però il biioduro di mercurio per essere poco solubile nell'acqua e nell'alcool, bisogna sia usato con la soluzione di cloruri e di ioduri alcalini. L'Autore usa gr. 1,20 di ioduro di potassio per ogni grammo di biioduro, e lo si ha quindi sotto forma di ioduro doppio potassico-mercurico.

In che consista l'azione antisettica del biioduro di mercurio, è difficile precisarlo nello stato attuale delle nostre cognizioni. Pure il prof. Mangiagalli volendo investigare quali siano le ragioni chimiche ed organiche della maniera di agire di questo sale, ricorre ad un argomento d'analogia. Come per rispetto al bicloruro si pensa che esso in presenza di sostanze riducenti si cangi in calomelano con isviluppo di cloro, e che in questo cloro si possa trovare l'azione irritante, caustica, distruggente e nello stesso tempo antisettica del sublimato; così secondo l'Autore si potrebbe inferirne che l'azione antisettica del biioduro di mercurio fosse dovuta allo svolgimento di iodio (corpo sovranamente antisettico) in seguito all'azione riducente delle sostanze organiche. In questo fatto si potrebbe anche vedere la causa del minor potere irritante del biioduro rispetto al bicloruro, ciò che all'Autore parve manifesto, come fu d'altra parte manifesto che gli istrumenti immersi in soluzioni di biioduro non si sono così alterati e così rapidamente come in quello di bicloruro. Il prof. Mangiagalli termina confessando che i fatti portati in campo sono ancora troppo scarsi per dare un giudizio assoluto sul valore del biioduro, ma nello stesso tempo asserendo che a lui sembrò questo sale più innocuo, meno irritante e non meno efficace del sublimato.

IV. — *Sulla rottura della sinfisi pubica* (« Annali di Ostetricia e Ginecologia », vol. IX, N. 4, 5 e 6, aprile, maggio e giugno 1887, p. 196).

L'Autore, mentre ritiene questa lesione non così frequente come Ahlfeld la dichiara, passa in rivista l'etiologia di essa, fermandosi spe-

cialmente alle forme di viziatura pelvica che maggiormente vi predispongono, enumera i sintomi ed accenna alla prognosi di tale accidente. In seguito fa notare come finora egli non ne abbia osservato che due casi, uno a Milano quando era assistente del prof. Chiara, di cui pubblicò i particolari nel relativo Rendiconto clinico, l'altro a Catania. In questo secondo caso trattavasi di una donna di 36 anni, VIIpara, in cui tutti i parti erano venuti a termine, ed il 5.° e il 7.° erano stati gemelli. Fu precisamente in quest'ultimo parto che avvenne il fatto. Espulso felicemente il prime feto, la levatrice si accorse della presenza di un secondo, ma non ricomparendo le contrazioni, essa fece alzare la donna ed accudire alle proprie faccende domestiche. Finalmente si risvegliarono di nuovo i dolori con molta intensità ed a brevissimi intervalli, talchè appena arrivata la levatrice (un'ora dopo), e parendo imminente il parto, venne messa la donna sulla sponda del letto. Ora qui sembra dalle diverse versioni raccolte o che la levatrice in quell'affrettarsi per metter la partoriente in posizione da poter essere assistita, imprimesse accidentalmente alle coscie un movimento di rapida e forzata abduzione, o che pur lo facesse ad arte come alcune rozze mammane usano per dilatare le parti: fatto è che la testa superò lo stretto perineale e l'ostio vulvare, e in quello stesso momento si udì uno scroscio dai presenti, e la donna colta da violentissimo dolore alla regione pubica, emise un grido dicendo: Mi avete spaccata. La placenta venne subito espulsa, e questo fatto fu accompagnato e seguito poi per circa un giorno da perdita di sangue piuttosto abbondante. Rimessa a letto la puerpera, siccome è usanza del basso popolo, volle essere aggiustata, il che è praticato dalle mammane abusive o dalle rozze donniciuole del volgo, sedendosi all'estremo inferiore del letto, afferrando in corrispondenza delle regioni tibio-tarsiche gli arti inferiori tenuti estesi dalla donna, tirandoli fortemente ed incrociandoli. In queste manovre provò vivissimi dolori: per venti giorni fu nell'impossibilità assoluta di muoversi: nei giorni successivi, poverissima com'era ed avendo due bambini da allattare, discendeva dal letto con mille riguardi ed a stento, e con gravi dolori si trascinava qua e là ricurva appoggiandosi ai pochi mobili del suo tugurio. Fu 43 giorni dopo il parto che il prof. Mangiagalli visitò la donna. Allora la deambulazione era impossibile: ogni tentativo di abdurre gli arti inferiori, ogni pressione sulle ali iliache, ogni sforzo tendente ad allontanare gli ilei ingenerava violentissimi dolori. Alla pressione si provocavano dolori anche alla regione sacro-iliaca sinistra: il pube sinistro era accavallato sul destro: questo accavallamento era però minore in alto che in basso: di più i due pubi non si trovano allo stesso livello, ma il sinistro era più basso di qualche millimetro che non il destro: vi erano dunque due gradini, uno sul corpo del pube alla sua superficie anteriore, l'altro sul margine inferiore. In nessun punto della cintura pelvica si rilevava la presenza di calli ossei. Nessun

disturbo nella minzione. In vagine nessuna cicatrice, e nessuna tumefazione, il dito in essa introdotto avvertiva l'accennato dislivello dei pubi, e premendo contro di essi ingenerava dolore, dolore che si risvegliava anche premendo col dito in corrispondenza della sinfisi sacro-iliaca. Il promontorio non si raggiungeva.

L'A. è proclive ad ammettere che, nell'incalzare dei dolori, nella fretta per collocare la donna in modo da ricevere il bambino, qualche rozzo movimento impresso ad un urto od al bacino abbiano provocato l'accidente, il quale era però preparato per l'esagerazione di quel rammollimento delle articolazioni pelviche proprio della gravidanza, nonchè per il rilassamento di tutti i tessuti componenti la sinfisi pubica. Ma siccome nel caso in esame non si aveva una semplice diastasi dei pubi, si bene un notevole accavallamento e un dislivello di essi (fatto forse unico), l'ileo sinistro doveva aver subito un doppio movimento di rotazione abbastanza esteso, da ammettere che anche la sinfesi sacro-iliaca sinistra avesse patite lesioni. — Per riparare in qualche modo all'accidente e alle sue dolorose conseguenze il professor Mangiagalli traendo sugli ilei sotto la profonda cloro-narcosi, riuscì a coattare i pubi, ma solo in modo incompleto, inquantochè nella parte superiori le due faccette articolari si toccavano, mentre in basso il pube sinistro sporgeva dal piano della superficie anteriore del destro, ed inoltre mantenevasi il dislivello nel senso verticale. Fece allora un apparecchio ingessato, che essendo mal tollerato, venne sostituito con un bendaggio semplice. Dopo pochi giorni la donna era guarita, e non è guari ha partorito felicemente per l'ottava volta senza alcun danno del sistema pelvico.

XI. Barone B. — **La peptonuria puerperale.** Tesi di laurea (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, vol. 4, 5 e 6, aprile, maggio e giugno 1887, pag. 202).

L'Autore dopo aver passato in rivista i risultati ottenuti in proposito da Fischel e da Truzzi, viene a descrivere il metodo da lui seguito per iscoprire i peptoni nelle urine, il quale è quello indicato da Huppert nel suo trattato. Dà poi i risultati delle osservazioni, che sono fatte in modo da scansare possibilmente ogni causa d'errore, sottoponendovi 23 puerpere sane (dalla 1.ª giornata fino a quando la reazione non isvelò peptoni) 3 puerpere (dal 1.° al 9.° giorno) le quali avevano espulsi feti macerati, e finalmente 12 gravide e 9 donne in travaglio. Studia quindi la genesi della peptonuria puerperale, e dopo un minuto esame viene alle seguenti conclusioni: 1.° La peptonuria accompagna ciascun puerperio normale. Dessa non procede in modo uniforme in ogni puerpera, giacchè regnano certe delle cause che ne modificano la durata, l'intensità. 2.° La peptonuria rara nel primo giorno di puerperio aumenta progressivamente nel secondo e nel terzo per raggiungere il suo massimo nel quarto. La decrescenza comincia nella quinta

giornata, prosegue nella sesta e nella settima e subisce un aumento nell'ottava e nella nona; riguardo alla frequenza poscia discende di nuovo sino a scomparire nella 12.ª giornata. 3.° L'esistenza di un tal fenomeno non suppone, perchè si avveri, la presenza di un essudato purulento come ammise Hofmeister per le malattie infiammatorie acute, piuttosto si esplica mercè il fenomeno dell'involuzione uterina. Allora la peptonoria non è in nesso colla metamorfosi adiposa delle fibrocellule muscolari, piuttosto coll'immediata trasfomazione delle sostanze albuminoidi dell'utero finpleplone. Non è da escludersi l'influenza che potrebbe esercitare sulla peptonuria il ricambio molecolare, tanto modificato dopo il parto (Truzzi). 4.° Nel puerperio conseguente a parto di feto macerato non si rinvengono peptoni, e se qualche volta si trovano, sono poco frequenti e scarsi. Anzi la poca frequenza e la poca intensità dei peptoni è in ragione diretta del tempo decorso dell'avvenuta morte del feto al parto consecutivo. In questi casi l'involuzione uterina pare che sia molto più rapida che nel puerperio consecutivo a parto di feto vivo. 5.° Le urine emesse negli ultimi giorni della gravidanza qualche volta contengono peptoni, questi seguitano allora a presentarsi nelle urine del travaglio e in quelle del puerperio con un leggiero abbassamento nell'intensità della reazione. 6.° La peptonuria non ha alcuna relazione col genere delle contrazioni uterine, col travaglio faticoso e prolungato. 7.° L'involuzione uterina procede pari passo con la peptonuria. Questa si arresta o va a lenti passi allorquando quella ritarda o non è tanto notevole. Colla misura addominale l'utero si sente appena a livello della sinfisi, che già i peptoni non si riscontrano più nelle urine. 8.° Il peso specifico delle urine aumenta in ragione dirette della frequenza ed abbondanza dei peptoni in esse contenuti. Questo potrebbe dipendere e dalla maggiore quantità di sostanze albuminoidi (peptone) combuste e ridotte, o dalla maggiore quantità di peptoni liberi nell'urina istessa. 9.° I peptoni formantisi nel parerichima uterino si comportano rispetto alla massa sanguigna come i peptoni della digestione e come quelle iniettati nel torrente circolatorio. 10.° La composizione del sangue delle puerpere esercita molta parte nel rendere così apparenti i peptoni nelle urine. Giacchè la peptonuria nel puerperio è più frequente ed intensa quando i corpuscoli rossi sono molti scarsi in paragone di quelli bianchi, e non hanno la normale attività di poter assumere del peptone, atteso lo squilibrio avvenuto nell'organismo della puerpera; invece diminuiscono quando i corpuscoli rossi aumentano e la loro attività è sufficiente a potere assumere del materiale di nutrizione. Il peptone perviene nelle urine direttamente dall'utero per l'intermezzo della circolazione (nella maggior parte) e per la dissoluzione dei corpuscoli bianchi che prima se lo erano appropriati.

XII. Pozzi S. — **Fistule urétéro-vesico-vaginale guérie par la colpoplastie.** (*Fistola uretro-vescico vaginale guarita mediante la colpoplastia*). In: *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique,* T. XXVII, avril 1887, pag. 270).

Giovanna Desb... di 38 anni, massaia, mestruata dal 19.° anno regolarmente, maritata a 20 anni, ebbe quattro bambini, l'ultimo a 27 anni nato-morto dopo un travaglio laborioso. Passate tre settimane l'ammalata si accorge di perdere continuamente l'urina: si sottomette perciò a molte operazioni, undici secondo lei. Stato generale buonissimo, tuttavia la paziente non ha una costituzione vigorosa, mangia poco, si stanca facilmente. Coll'esame nella posizione genu-pettorale si vede sulla parete anteriore della vagina a livello del fornice ed a sinistra una depressione ombelicata piccolissima dalla quale esce l'urina. Non vi penetra una siringa da donna, ma facilmente un isterometro. Dista dal collo uterino circa 3 centimetri, e corrisponde alla gran piega della vagina che si porta dalla sporgenza uretrale verso il fornice anteriore quando la vagina è dilatata con la valva di Sims. La situazione pareva dunque corrispondere alla sede dell'ultima parte dell'uretere. Collegando questa circostanza coll'insuccesso costante delle numerose operazioni anteriori, l'autore suppose che l'orifizio fistoloso dovesse comunicare con questo condotto. Per assicurarsene introdusse uno stiletto nella fistola, esso vi penetrò direttamente, ma fu cosa facile verificare per mezzo del cateterismo vescicale, che era entrato nel serbatoio urinario, dove si moveva liberamente. La ricerca dell'uretere sui contorni dell'orificio fistoloso rimane da prima senza risultato, poi in un esame ulteriore si perviene dopo numerosi tentativi a far penetrare la siringa ureterale di Pawlih verso la parte superiore dell'orificio fistoloso ad una profondità considerevole: ventun centimetri. Si ha la sensazione netta che la siringa è imprigionata in un canale stretto; la sua introduzione progressiva fatta con molti maneggi, ha subìto un leggiero arresto a livello dello stretto superiore, un'iniezione di latte non esce dalla sonda di Pawlih, ma solamente dalla siringa posta in vescica. Così la diagnosi era certa: si trattava di fistola vescico-uretero-vaginale.

L'Autore dopo aver passato in rivista ed avere sottoposto alla critica tutti gli atti operatori consigliati in tali casi, viene ad indicare un suo processo, che è l'applicazione, ad un caso specialissimo, del processo di autoplastica inaugurato da Gerdy nel 1841, e che mentre evita l'occlusione dell'orificio uretrale, chiude in un modo semplice e nello stesso tempo efficace, la comunicazione della vagina con la vescica e riporta integralmente nell'interno di questa l'orificio anormale dell'uretere. Ed ecco come ha proceduto nell'operazione, eseguita l'8 novembre 1886. Antisepsi esatta della vagina con lavande ripetute al sublimato. Posizione genu-pettorale: punto cloroformio, l'anestesia locale è riuscita benissimo con pennellature fatte con una soluzione di

cocaina. La regione essendo stata messa sotto la vista per mezzo di una valva di Simon e di dilatatori laterali, ed essendo stato abbassato moderatamente l'utero mediante una pinza di Braun portata sul collo si pratica a livello della fistola un'incisione verticale che la sorpassa in alto ed in basso di un centimetro e mezzo circa: un'incisione trasversale a ciascuna estremità di quella verticale, le dà la forma di un H rovesciato. Dissezione dei margini dell'incisione verticale per l'estensione di 2 centimetri in modo da ottenere due piccoli lembi per isdoppiamento del setto. Quando questi lembi sono sollevati, si vede nel centro della superficie curenta il piccolo orificio della fistola. Si tirano l'uno verso l'altro i due lembi al davanti di questa, e si affrontano senza il minimo sforzo. Essi sono cuciti con molta cura con 3 punti profondi e 4 superficiali fatti con filo d'argento; dopo la sutura per l'addossamento delle loro faccie profonde esse formano nel luogo dove era la fistola, una piccola saglienza in forma di vesta. Lavanda vaginale con sublimato, lavanda vescicale con l'acido borico, garza iodoformata in vagina. Siringa a permanenza durante i quattro primi giorni: remozione dei fili l'ottavo giorno. Riunione per prima intenzione, guarigione completa. Nei primi tempi che seguono l'operazione, persiste un'incapacità della vescica a trattenere l'urina. Evvi pure una metrite del collo pronunciatissima. L'ammalata è trattenuta all'ospedale, e non viene rinviata al suo paese che quando è del tutto guarita l'affezione uterina. Nel marzo del 1887 le funzioni della vescica sono anche molto migliorate: l'inferma può trattenere le urine senza bisogno d'emissione per più ore quando è coricata, per un'ora quando è in piedi, eccettuato il momento delle regole, che allora i bisogni sono più frequenti e imperiosi. La guarigione è dunque stata per quanto era possibile, completa e si è ottenuto facilmente con una sola operazione, co' un processo di autoplastica che dall'autore viene denominato *colpoplastia.*

XIII. Bordè L. — **Nuovo cucchiaio pel raschiamento dell'utero** *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* vol. IX, N. 4, 5 e 6, aprile, maggio e giugno 1887, pag. 242 e *Bullettino delle scienze mediche,* anno LVIII, serie VI, vol. XIX, maggio e giugno 1887, pag. 337).

Questo cucchiaio ha forma semilunare o meglio di rene: la sua lunghezza e di mm. 15: la lunghezza di mm. 5: l'altezza o spessore di mm. 4. Ha una superficie concava ed una convessa, le quali sono limitate da un margine. Questo è in parte tagliente ed in parte ottuso: è taglinete in tutta la sua parte convessa, la quale resta a sinistra di chi, impugnando l'istrumento, ne guarda l'interno, e resta tale sin dove incomincia la sua concavità, cioè verso l'ilo del rene, dimodochè anche l'estremo superiore del cucchiaio, ove la convessità del margine è più sentita, è tagliente. Il manico tutto è metallico, misura cm. 25 e consta di un'asta leggiermente concia e di un'impugnatura a forma olivare allungata. L'asta, che misura cm. 14, ha un massimo diametro

di mm. 7, si congiunge alla parte posteriore-inferiore del cucchiaio subendo una leggiera curvatura in avanti, nel resto è rettilinea. Per cui l'asse del manico non si continua con quello del cucchiaio, ma prolungato è a questo parallelo e dista circa 3 mm. L'impugnatura è a scannellature superficiali longitudinali ove corrisponde alla parte anteriore del cucchiaio, onde orizzontarsi, a cucchiaio introdotto, intorno alla posizione del tagliente, è meglio girare l'istrumento sul proprio asse. Secondo l'autore questo cucchiaio in grazia della sua forma è di facilissima introduzione nell'utero anche a canal cervicale ristretto, compie bene il raschiamento, poichè girando sopra sè stesso descrive una superficie sferica e sferoidale molto ampia, ed espone meno degli altri istrumenti analoghi alla perforazione dell'utero perchè è curvo e si può quindi adatar bene all'asse del canal cervico-uterino anche se la matrice è flessa tanto più che (sempre in grazia della sua forma) si può di molto far cambiare la direzione del cucchiaio con piccoli movimenti impressi al manico. Io ho più volte adoperato quest'istrumento, e mi son convinto coll'esperienza che i vantaggi attribuitigli dall'autore sono reali.

XIV. Ribemont-Dessaignes A. — **Sur un nouvel embryotome rachidien.** (*Sopra un nuovo embriotomo raahidiano*). In: *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, T. XXVII, mai 1887, pag. 321.

L'Autore avendo incontrato alcuni inconvenienti nell'apparecchio di Thomas per sezionare il collo del feto, presentò nel 1871 all'Accademia di Medicina di Parigi un embriotomo rachidiano, il quale benchè riuscisse bene nei quattro casi dove egli l'applicò, pure venne da lui stesso recentemente modificato in certe particolarità, conservando però immutato il principio dell'istrumento. Ecco come è foggiato l'embriotomo, e come si usa dopo le ultime modificazioni su di esso apportate. È composto di quattro parti: 1.° Un uncino metallico destinato a portare la funicella-sega attorno al collo del bambino ed a proteggere in parte gli organi materni contro l'azione di questa sega. 2.° Un tubo destinato a compiere l'apparecchio protettore degli organi materni e articolantesi con l'uncino. 3.° Una molla d'acciaio munita all'una delle estremità d'un piccolo pezzo al quale si attaccherà la funicella sega, e portante all'altra un anello metallico mobile. 4.° Una funicella sega. L'uncino è costituito da un tubo d'acciaio chiuso nei due terzi inferiori e fenestrato nel suo terzo superiore. La porzione chiusa è rettilinea e porta un manico di legno, un incavo si nota all'estremità di questo manico. Vi si vede pure una piccola vite, la cui asta penetra fin dentro il tubo. La porzione fenestrata è ricurvata ad uncino: l'estremità è tagliata a bietta: la finestra è praticata sulla faccia concava dell'uncino. Questo misura 39 centimetri di lunghezza: il tubo che lo costituisce ha 12 mm. di larghezza e 9 di grossezza; la finestra è larga 4 mm.: il manico è lungo 9 centim. — Il tubo protettore è formato

d'un tubo analogo a quello dell' uncino. Come questo presenta una parte dritta munita di un manico che porta un perno destinato ad articolarsi con l' incavo dell'uncino, ed è una parte curva, la cui estremità libera tagliata obliquamente si applica sul buco dell' uncino quando le due banche dell' istrumento sono articolate in modo che le loro porzioni rettilinee sieno parallele. Il tubo protettore e il suo manico sono penetrati in tutta la loro estensione : esso ha 36 centim. di lunghezza: la finestra è larga 5 mm. — La molla è costituita da due lamine d' acciaio sottili, soprapposte e lunghe 63 centimetri. Riunite ad un' estremità da un piccolo pezzo d' acciajo perforato nel centro, queste due lamine si articolano all' altra con un pezzo d' acciaio che serve di sostegno ad un anello metallico, e che quando l' istrumento è armato, si nasconde intieramente nel becco dell' uncino. Questa molla non ha ovunque la medesima dimensione: nei 10 centim. che seguono l'anello, ha solo 4 mm. di larghezza, 8 mm. nel resto. L' anello gira attorno al pezzo che lo sostiene, e che alla sua volta può inclinarsi a destra e a sinistra della molla. Ne segue che quest'anello gode d'una grandissima mobilità. — La funicella-sega è costituita da una fina cordicella di canapa sulla quale sono avvolte quasi perpendicolarmente al suo asse le spire avvicinatissime d' un fino fil di ferro. Di questo sono provviste le due estremità della cordicella.

Il manuale operatorio dell' embriotomia con quest' istrumento comprende 5 tempi. 1.° *Tempo: Applicazione dell'uncino.* Prima di applicare l' istrumento bisogna armare l'uncino della molla e della funicella sega. L' estremità della molla alla quale sarà poi fissata la funicella-sega, e presentata al becco dell'uncino e spinta progressivamente nell' interno del tubo. La montatura dell'anello finisce per penetrare essa pure nell'uncino. La vite serrata in fondo fissa la molla in questa posizione, ed impedisce all'anello di allontanarsi dal becco dell' uncino. Non resta che a far passare una delle estremità della funicella nell' orificio da cui è perforato il pezzo posto all' estremità della molla, e ad attaccarcela mediante un nodo semplice. Così preparato l' uncino sarà introdotto negli organi materni e passato attorno al collo letale. Per far ciò mentre un aiuto abbassa questo collo esercitando trazioni sul braccio preventivamente portato fuori, una mano è introdotta profondamente nelle parti materne, e, con due dita almeno, è abbracciato il collo del feto, il pollice essendo situato al davanti l'indice e il medio o solo l'indice al di dietro. L'uncino afferrato con l' altra mano si fa sdrucciolare a piatto col becco volto verso la palma che gli serve di guida, e si porta di contro al collo passando tra il feto e la parete anteriore dell' utero. Sorpassato il collo sempre sulla guida delle dita che abbraccia il feto, s' imprime all' istrumento un movimento di rotazione che riconduce il suo becco direttamente in addietro. Poi si tira sul manico portandolo un po' in avanti in modo da abbracciare la cervice fetale. Potrà in certi casi essere necessario far seguire un altro cammino all'uncino, ed introdurlo passando tra la parete poste-

riore dell'utero ed il bambino. La sola differenza operatoria consiste in ciò, che allora viene condotto in avanti il becco dell'uncino. Quando questo abbia abbracciato il collo, può considerarsi completo il successo dell'operazione. 2.° *Tempo: Presa dell' anello e passaggio della funicella-sega.* L'anello è d'ordinario sentito subito da una delle dita che abbracciavano il collo nel primo tempo dell'operazione. Se esso fosse mascherato da una piega della pelle, una leggiera trazione sul manico dell'uncino, come picolissimi movimenti di rotazione a sinistra ed a destra lo renderanno facilmente accessibile. Allora l'estremità dell'indice è introdotto nell'anello. A questo punto si libera la vite posta nel manico in modo da permettere alla funicella-sega di percorrere il tubo, e si riconducono senza fatica l'anello e la molla fino alla vulva. — 3.° *Tempo: Introduzione del tubo protettore.* Allorchè l'anello e la parte stretta della molla che gli fa seguito, sono al di fuori, l'operatore affida l'uncino ad un anito. Egli afferra allora il tubo protettore, ed infila nella sua estremità la parte stretta della molla. Tirando sull'anello vi fa impegnare alla sua volta la parte larga di essa. L'anello è allora mantenuto fisso, e il tubo è spinto con dolcezza nell'interno degli organi. Esso sdrucciola così sulla molla che gli serve di conduttore, e arriva a toccare il becco dell'uncino. — 4.° *Tempo: Articolazione.* Quando l'anello ha oltrepassato l'estremità inferiore del manico del protettore, il perno è impegnato nell'incavo, le parti rettilinee dell'uncino e del tubo sono riavvicinate sino al parallelismo, e il perno è stretto in fondo. Si termina di disimpegnare intieramente la molla, ed un colpo di forbice lo separa dalla funicella sega. — 5.° *Tempo: Decollazione.* L'istrumento essendo sostenuto da un aiuto, l'ostetrico afferra ciascun capo della funicella con una mano, e gl'imprime rapidi movimenti di va e vieni. In pochi secondi è fatta la sezione del collo. L'istrumento è ritirato senza disarticolarlo. L'estrazione successiva dei due pezzi del feto non presenta alcuna particolarità degna di nota.

Una volta superate le difficoltà per collocare l'uncino, sembra all'autore che l'embriotomia eseguita coll'istrumento descritto offra qualche vantaggio. Esso è semplice, facile a smontare, facile a nettarsi ed a rendersi asettico: è agevole introdurre l'estremità dell'indice nell'anello: le parti materne sono assolutamente protette dall'istrumento dopo la sua articolazione. Il ravvicinamento delle parti rettilinee dell'embriotomo impedendo al collo del feto di abbassarsi, e dandogli il punto d'appoggio necessario per rendere efficace l'azione della sega, mette al sicuro dalle pressioni pericolose il segmento inferiore dell'utero reso sottile e disteso per lungo tempo dalla spalla impegnata. L'autore usò per la prima volta quest'embriotomo sul vivente nel 1883, e dopo d'allora ebbe tre volte l'occasione di praticare con esso la decollazione o la detronazione. Il lavoro termina con la relazione di questi quattro casi, nei quali l'operazione in genere fu spedita e riuscì allo scopo propostosi dall'Autore, mentre tutte le donne sopravvissero e solo due ebbero nel puerperio un indizio di febbre.

VARIETÀ

Premi conferiti dall'Accademia di Medicina di Parigi nell'adunanza del 12 dicembre 1887.

I. PREMIO DELL'ACCADEMIA (1,000 fr.). — Tema: *Dell'isterectomia vaginale: indicazioni e processi operatori* — a Lorenzo Secheyron interno all'ospitale di S. Luigi.

II. PREMIO ARGENTEUIL (10,000 fr.). — non conferito. — Bensì vennero assegnati — 1.° 1,500 fr. a Roberto Jamin di Parigi per il suo studio intorno all'*uretrite cronica blenorragica* — 2.° 1,500 fr. al dottor Hartmann di Parigi per l'opera *delle cistiti dolorose e della loro cura* — 3.° 1,000 fr. al dott. Tuffier per la memoria *della parte che ha la congestione nelle malattie delle vie orinarie* — 4.° 1,000 fr. al dott. Natale Hallé di Parigi per la memoria intitolata *metriti e pieliti.*

III. PREMIO BARBIER (2,000 fr.) al prof. Galtier della Scuola veterinaria di Lione per lo scritto *della rabbia considerata nell'uomo e negli animali.*

IV. PREMIO BUIGNET (1,500 fr.) al dott. Gréhant di Parigi per le sue *Ricerche di fisiologia o d'igiene riguardo all'acido carbonico.*

V. PREMIO CAPURON (1000 fr.) — Tema: *Della regressione normale dei tessuti e degli organi dopo il parto: studiare le alterazioni e gli stati patologici che possono conseguire.* — Non conferito: incoraggiamento di 300 fr. al sig. Avrard di Parigi.

VI. PREMIO CIVRIEUX (1000 fr.). — Tema: *Delle nevralgie vescicali.* Diviso il premio fra il dott. Massimo Chailex e il dott. Hartmann di Parigi. *Menzioni onorevoli* ai dottori Etienne di Tolosa e Bernard medico della marina in ritiro.

VII. PREMIO DAUDET (1,000 fr.). — Tema: *Dell'actinomicosi* all'ispettore veterinario Leone Manderau di Besançon.

VIII. PREMIO DESPERTES — non conferito, e soltanto assegnati quattro *incoraggiamenti* — 1.° 400 fr. a Dugnet di Parigi per il lavoro circa i *Gozzi e la medicatura jodata interstiziale* — 2.° 300 fr. al dott. Senut medico maggiore di 1.ª classe nell'ospitale di Bordeaux per le sue *ricerche* sulla *glicosuria e il diabete zuccherino curati con le acque di Vichy* — 3.° 300 fr. al dott. Enrico Dandieu di Parigi per lo *studio sperimentale e clinico riguardo alla piridina e collidina quali medicamenti respiratori* — 4.° 300 fr. al sig. Caravias di Parigi.

IX. CONCORSO VULFRAM GERDY — 1.° 1000 fr. al sig. Boutarel addetto all'ospitale civile di Versailles per la buona relazione data intorno alle *acque minerali del Cantal e principalmente alle acque di Chau-*

desaigues; in oltre lo stesso Boutarel venne incaricato d'andare a studiare in Ispagna col sussidio di 3000 fr., le acque minerali d'Aragona — 2.° 3000 fr. al sig. Dumont di Parigi per istudiare sotto *il punto di vista della bacteriologia le acque minerali di Franzensbad, Karlsbad, Marienbad e Teplitz* (Austria Ungheria) — 3.° 1,500 fr. al sig. Lamarque per lo *studio delle malattie curate con le acque minerali di Cauterets nella stagione termale del 1887.*

X. Premio Ernesto Godard (1,000 fr.) non conferito e soltanto vennero dati: 1.° una ricompensa di 500 fr. al dott. Giulio Boeckel di Strasburgo per il suo *Studio intorno alle cisti idatiche del rene dal punto di vista chirurgico.* — 2.° Incoraggiamento di 300 fr. al dottor Maubrac medico aiutante maggiore a Biserta (Tunisi) per la memoria intitolata: *Ferite e legatura della vena femorale,* — 3.° Incoraggiamento di 200 fr. al dott. Ducastelet di Parigi per la memoria intitolata: *Capacità e tensione della vescica.*

XI. Premio dell'Igiene dell'Infanzia (1000 fr.). — Tema: *Studio clinico dell'atrepsia.* Ad Adolfo Lesage interno all'ospitale di S. Antonio di Parigi. — Due menzioni onorevoli al dott. Gaetano Dupré di Longurs e al dott. Jacquemont di Parigi.

XII. Premio Laval (1,000 fr.) al sig. Lenoir per essere stato il più meritevole fra gli studenti di medicina.

XIII. Premio Lefèvre (2,000 fr.). — Tema: *Della melanconia,* al dottore A. Paris medico aggiunto dell'asilo dei pazzi in Châlons-sur-Marne. — Menzione onorevole al dott. Elia Nicolas di Bordeaux.

XIV. Mombine Augusto (1,500 fr.) al dott. Aubry di Parigi per la *Relazione sugli ospitali in Oriente, la pazzia e la lebbra.* — Menzioni onorevoli, al dott. Motais d'Angérs, e dott. Morcia di Parigi.

XV. Premio Portal (600 fr.). — Tema: *Della tubercolosi renale primitiva.* Al dott. Cayla Alberto di Neuilly (Senna).

XVI. Premio Vernois (800 fr.), al dott. Ippolito Mireur di Marsiglia per le scritto *la sifilide e la prostituzione in relazione all'igiene, alla morale ed alle leggi.*

XVII. Temi del Ministero dell'Interno per i migliori scritti relativi all'igiene della prima infanzia.

1.° *Medaglia d'oro* al sig. E. Ory ispettore del servizio dei bambini soccorsi e degli istituti di beneficenza del Rodano, per le sue informazioni intorno questi due servizi nel 1886, e per l'opera: *Guida manuale della protezione dei bambini.*

2.° *Conferma di medaglia di vermeil.* Al sig. Lavergne per la relazione sul servizio dei bambini soccorsi e l'altro della protezione della prima infanzia durante il 1885 nell'Alliers.

3.° *Medaglia d'argento, a)* al dott. Lodi di Parigi, ispettore dei bambini e dei presepii del dipartimento della Senna, per le memorie manoscritte intitolate: — Durata della dimora e della mortalità dei bambini messi a balia, con quadri statistici. — Delle balie: ricerche sui

dipartimenti donde provengono, sulla loro età il loro latte e le applicazioni della legge Roussel — *b*) al dott. Blache di Parigi per le osservazioni sui risultati ottenuti dalla legge Roussel applicata nel dipartimento della Senna.

Premj conferiti dall'Accademia delle Scienze di Parigi.

A. — Medicina e Chirurgia.

I. Premio Montyon. — *a*) Tre premj di 2500 fr.: 1.° Al prof. Enrico Leloir della Facoltà medica di Lilla (*Trattato della lebbra*). — 2.° Al dott. E. Motais d'Angers (*Anatomia dell' apparecchio motore dell'occhio dell'uomo e dei vertebrati*). — Al dott. Nocard, direttore della Scuola di Medicina veterinaria d'Alfort, e al dott. Mollereau (*Di una mammite contagiosa delle vacche da latte*).

b) Tre menzioni onorevoli, ciascuna di 1500 fr.: 1.° Al dott. Paolo Berger, aggregato della Facoltà medica di Parigi (*Amputazione del membro superiore nella contiguità del tronco; amputazione interscapulo-toracica*). — 2.° Al prof. Cornil ed al dott. D. Babès (*I bacterj e la loro parte nell'anatomia e nell'istologia patologica delle malattie infettive*). — 3.° Al dott. Augusto Ollivier, medico degli Ospedali di Parigi (*Studio di patologia e di clinica medica*).

c) *Citazione onorevole.* — 1.° Al dott. Hallopeau (*Trattato di patologia generale*). — 2.° Al dott. Alberto Robin (*Lezioni sulla cura della febbre tifoide*). — 3.° Ai dottori Bertrand e Fontan (*Entercolite cronica ed endemica dei paesi caldi*). — 4.° Al dott. H. L. Petit (*Saggi di bibliografia medica*). — 5.° Al dott. Robert (*Trattato delle manovre d'ambulanza*.

II. Premio Bréant. — 1.° Ricompensa di 300 fr. al dott. Galtier, professore alla Scuola veterinaria di Lione (*La rabbia riguardata negli animali e nell'uomo dal punto di vista de' suoi caratteri e della sua profilassi* (1)). — 2.° Ricompensa di 2000 fr. ai dottori Chantemesse e Widal (*Ricerche del bacillo tifico e l'etiologia della febbre tifoide*).

III. Premio Godard. — Premio di 1000 fr. al dott. Azarie Brodeux, professore all' Università di Quebec (*Dell'opera chirurgica nelle malattie renali*).

IV. Premio Chaussier. — Premio di 10,000 fr. al prof. Jaccoud (1.° *Studio sulla tisi*, 2.° *Clinica medica*).

V. Premio Lallemand. — Premio di 1800 fr. diviso fra il prof. Pitres della Facoltà di Bordeaux, e il dott. Vaillard, pure di Bordeaux (*Studio anatomo-clinico delle affezioni dei nervi periferici*), e il dottor Van Loir di Liegi (*Memorie sulla sutura e la rigenerazione dei nervi*).

---

(1) La stessa opera otteneva contemporaneamente il *Premio Barbier* dall'Accademia di Medicina di Parigi.

B. — **Fisiologia.**

I. PREMIO MONTYON. — *a*) Premio di 760 fr. al dott. Quinquaud, medico degli Ospedali di Parigi (*Ricerche intorno all'influenza del freddo e del caldo sui fenomeni chimici della respirazione e della nutrizione.*

b) *Menzione onorevole.* — Ai signori Augusto D. Valler ed E. Waymouth-Reid (*Dell'azione del cuore esciso di mammiferi*).

II. PREMIO LACAZE. — Premio di 10,000 fr. al prof. Carlo Rouget (*Lavori e scoperte pertinenti all'istologia e fisiologia generale*).

III. PREMIO SERRES. — Premio di 7,500 fr. al prof. Alessandro Kowalewsky dell' Università di Odessa (*Lavori di embriologia generale applicata alla fisiologia).*

C. — **Premi diversi.**

I. *Statistica.* — *a*) Menzione onorevolissima al dott. I. Lédé. *(Lavori relativi alla statistica del servizio delle balie ed alla mortalità dei bambini lattanti.*

b) Citazione onorevole al dott. Aubert. (Studi *sull'arruolamento nella Loira inferiore*).

D. — **Arti insalubri.**

PREMIO MONTYON. — Non conferito. Incoraggiamento di 1000 fr. al prof. Eduardo Heckel della Facoltà delle Scienze di Marsiglia (*Traitément curatif della marue rouge*).

Rivista meteorologica del mese di ottobre 1887 (1). — L'1 poca pioggia qua e là, con temporali in Piemonte, barometro fra 762 e 764; massima pressione in Irlanda, minima all'estremo nord della Svezia. Al mattino del 2 cielo nuvoloso con predominio di correnti settentrionali, più tardi pioggierelle qua e là. Al mattino del 3 il minimo di pressione è su Pietroburgo (749), il massimo perdura in Irlanda (775); sereno al nord, coperto in Sicilia e più tardi piovoso. Il 4 perdura in Europa egual regime di pressioni, cielo sereno al nord, nuvoloso o coperto altrove. Durante la notte 4-5 si forma una depressione secondaria sul golfo di Genova, mentre le basse pressioni della Russia si estendono quasi fino al mar Nero; pioggie quasi generali, venti deboli settentrionali.

Durante il 5 pioggie sull'Italia superiore, con venti variabili. Al mattino del 6 la pressione è fra 761 e 763 in Italia; la massima è ancora in Irlanda (762), il minimo nell'estrema Svezia (744), cielo coperto e piovoso al nord, sereno al sud d'Italia. Al mattino del 7 si ha cielo misto al nord, coperto altrove; la depressione dell'estremo nord trovasi ad Arcangelo (739). Fra il 7 e l'8 si determina una depressione

(1) Comunicata dalla Direzione del R. Osservatorio del Collegio Romano.

sull'Italia centrale (757) con pioggie e temporali quasi generali. Continuano le pioggie nell'8, specialmente al centro, ma il barometro risale, e al mattino del 9 il cielo è soltanto coperto.

Intanto una depressione proveniente dall'Atlantico raggiunge il golfo di Biscaglia il 9 e al 10 rinforzata (744) trovasi sui Paesi Bassi: il barometro discende da per tutto, fino a 10 mm. al nord in 24 ore, una depressione secondaria si forma sulla Toscana (750), e meno l'estremo sud si hanno pioggie generali il 10, con venti da freschi a forti meridionali.

Nell'11 sulla Danimarca ha il suo centro una forte depressione (737), che vi persiste nel 12 (740); nel 13 è sul Baltico (746). Frattanto una depressione secondaria si forma sull'Ungheria (753) ed un'altra sulla Francia (753); nel 14, riunitesi, portano il loro centro sul golfo di Genova (753); nel 15 presentano nuovamente 2 centri: l'uno sulla Polonia (750), l'altro sulla valle del Po (750); nel 16 questo secondo si divide alla sua volta in due: un centro è sul golfo di Genova (756), l'altro sulla Serbia e Dalmazia (754). Nel 17 un'area di alte pressioni che da parecchi giorni persisteva nel nord-ovest d'Europa, si accentua maggiormente, tenendo il suo centro sull'Irlanda (778), mentre le depressioni sopraccennate quasi si colmano. Nel 18 il centro dell'antici clone persiste sull'Irlanda (778), nel 19 si porta sulla Francia (776) dove persiste nel 20 (774).

Le precipitazioni quasi generali nel 12-15, le pioggie lungo il versante adriatico nel 16-17 ed il bel tempo (eccetto nell'estremo Sud) ristabilitosi negli ultimi giorni, furono in relazione colle condizioni barometriche suaccennate.

Il forte abbassamento di temperatura e le nevi che si estesero in parte dell'alta Italia si dovettero alla forte depressione che percorse l'Italia superiore da N. a S.

Nel 21 un'area di alte pressioni ha il suo centro sull'Irlanda (775), il quale nel 22 trovasi sulla Francia (777), nel 23 sull'Austria (776). Frattanto una forte depressione persisteva nell'estremo nord d'Europa; nel 24 essa ha il suo centro sulla Finlandia (738), nel 25 sulla Prussia (750); in questo giorno sull'Italia media formasi una depressione secondaria (755), la quale nel 26 porta il suo centro tra la Sardegna e la Sicilia (754), dove persiste nel 27 (755), e così nel 28 (756). Nel 29 una depressione, che da parecchi giorni persisteva nel nord-ovest d'Europa, ha il suo centro presso le Ebridi (740); nel 30 è sul Regno Unito, e così nel 31 (737). Nei primi tre giorni il tempo fu abbastanza buono. Le precipitazioni del 24-28, che in grande quantità si verificarono, specialmente lungo i versanti orientali della penisola, si dovettero all'influenza della depressione di cui sopra parlammo; nel 29 il tempo si ristabilì alquanto. Le pioggie dell'Italia superiore nel 30 e 31 si dovettero all'influenza dell'ultima depressione di cui si tenne parola.

La più alta temperatura fu osservata a Siracusa di 30°,0 nel giorno 11, e la minima a Pavia di 2°,9 il 26.

TABELLA A.

Estremi termometrici del mese di Ottobre 1887.

Stazioni	Minimi Gradi	Minimi Giorni	Massimi Gradi	Massimi Giorni
Porto Maurizio	5,0	15	23,1	8
Genova	5,0	16	22,3	3
Massa-Carrara	5,5	18	21,0	10
Cuneo	— 0,1	26	19,4	3
Torino	1,0	26	19,2	3
Alessandria	— 1,0	15	19,4	3
Novara	1,0	15	19,1	3,4
Pavia	— 2,9	23	19,2	3
Milano	1,3	26	19,4	4
Como	— 2,1	27	16,2	2,8
Bergamo	1,3	26, 27	17,5	4
Brescia	1,3	26	20,0	4
Cremona	1,3	15	20,0	4
Mantova	2,8	26	21,0	4
Verona	4,8	16	23,2	3
Vicenza	1,4	26	19,8	4
Belluno	— 1,9	27	19,7	4
Udine	0,8	24	20,2	3
Treviso	7,5	24	23,5	4
Padova	3,6	18, 26	19,7	3
Rovigo	2,6	28	21,4	4
Piacenza	— 2,2	16	20,1	4
Parma	2,9	26	20,6	3,13
Reggio Emilia	1,0	16	20,4	3
Modena	1,4	16	20,9	3
Ferrara	2,9	18	21,5	4
Bologna	3,2	16	19,8	3
Forlì	4,0	24, 16	21,8	1
Pesaro	1,9	24	23,9	10
Urbino	0,2	13	19,9	10
Ancona	6,8	23	23,8	10
Ascoli Piceno	1,0	28	25,3	10
Pisa	1,0	18	24,5	3
Livorno	4,5	16, 17	22,1	10
Firenze	2,0	18	21,8	4
Arezzo	1,2	24	21 6	10
Siena	2,0	26	21,2	10
Roma	2,7	24	24,3	10

STAZIONI	Minimi		Massimi	
	GRADI	GIORNI	GRADI	GIORNI
Teramo	2,8	24	26,0	10
Aquila	— 1,7	24	20,9	10
Agnone	— 1,8	14	22,7	1
Bari	6,3	24	29,4	1
Lecce	3,0	20	29,7	1
Monte Cassino . . .	2,8	25	25,1	1
Napoli	6,2	24	25,2	1
Cosenza	2,4	24	30,2	2
Benevento	— 0,2	24	26,4	2
Avellino	— 2,3	24	24,8	1
Salerno	4,5	20	28,0	1
Potenza	— 1,1	24	25,0	1
Trapani	11,6	27	28,2	10
Palermo	6,1	31	27,9	11
Girgenti	7,0	24	29,3	1
Caltanissetta	3,5	18, 19, 24	28,1	1
Messina	11,4	25	28,3	1
Catania	9,1	26	29,4	11
Siracusa	9,0	25	31,0	11
Sassari	6,1	26	22,6	9

TABELLA B.

Acqua caduta nel mese di ottobre 1887, confrontata con quella caduta nell'ottobre 1886.

Stazioni	Ottobre 1887	Ottobre 1886
Porto Maurizio	99,2	219,3
Genova	190,4	360,8
Massa Carrara	201,0	366,0
Cuneo	56,9	233,7
Torino	38,1	178,0
Alessandria	74,6	154,2
Novara	98,4	257,0
Pavia	120,0	171,7
Milano	135,5	233,0
Como	95,3	320,6
Bergamo	101,2	205,0
Brescia	104,8	144,7
Cremona	112,9	167,4
Mantova	101,6	97,2
Verona	80,0	120,0
Vicenza	130,2	151,2
Belluno	75,7	150,6
Udine	184,2	218,0
Treviso	115,5	106,2
Padova	112,4	140,3
Rovigo	116,0	94,9
Piacenza	128,4	131,8
Parma	157,7	119,4
Reggio Emilia	142,7	58,7
Modena	126,7	107,6
Ferrara	125,7	61,3
Bologna	114,0	94,7
Forlì	136,5	30,5
Pesaro	125,8	53,0
Urbino	190,0	116,0
Ancona	146,0	11,5
Camerino	?	100,3
Ascoli Piceno	308,0	64,0
Lucca	175,1	305,3
Pisa	186,8	204,1
Livorno	122,5	193,0
Firenze	145,5	92,7
Arezzo	133,9	116,6
Siena	139,0	83,4

Stazioni	Ottobre 1887	Ottobre 1886
Roma	101,9	89,7
Teramo	279,8	39,0
Aquila	148,9	47,9
Agnone	192,3	52,9
Bari	103,5	18,4
Lecce	64,3	39,9
Monte Cassino	122,0	84,2
Napoli	113,3	73,1
Cosenza	103,6	41,6
Benevento	146,0	32,5
Avellino	177,9	62,4
Salerno	235,5	107,0
Potenza	115,2	25,0
Trapani	100,5	57,8
Palermo	117,9	110,4
Girgenti	69,1	94,0
Caltanissetta	65,8	72,9
Messina	83,0	83,7
Catania	77,0	10,0
Siracusa	101,4	16,0
Sassari	151,7	99,3

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. **A. Corradi.**

INDICE DELLE MATERIE

RASSEGNA MEDICO-CHIRURGICA

RIVISTA D' OSTETRICIA E GINECOLOGIA

del Dottor ERMANNO PINZANI

VARIETÀ.

RIVISTA DI PATOLOGIA SPECIALE E CLINICA MEDICA

del Dott. PENNATO PAPINIO
Docente nell'Università di Padova

---

1. Goldschmidt — *Gangrena simmetrica e sclerodermia.*
2. Springer — *Dattilite ipertrofica simmetrica del ditone.*
3. Koch — *Intorno alla corea minore.*
4. Giuffrè — *Un caso di tetano traumatico con emiplegia facciale.*
5. Borgherini — *Dei tumori del midollo spinale.*
6. — *Ferita da taglio e da punta alla midolla spinale.*
7. Bassi — *Nevrite multipla consecutiva a febbre tifoide.*
8. Mazzotti — *Rammollimento dei peduncoli cerebrali in un caso di paralisi agitante.*
9. Bordoni — *Ipertermia isterica periodica e orticaria concomitante.*
10. Lemoine — *Epilessia d'origine cardiaca e suo trattamento.*
11. Bollinger — *Sulla ipertrofia idiopatica e dilatazione del cuore.*
12. Borgiotti e Bordoni — *Due casi di ritmo cardiaco periodico.*
13. Potain — *Del diagnostico della pericardite reumatica acuta con versamento.*
14. Rivolta — *Mediastino pericardite fibrosa con pleurite essudativa bilaterale e peripleurite.*
15. Bard e Tellier — *Del ristabilimento della mobilità del cuore nella sinfisi totale del pericardio.*
16. Petrone — *Sull'ipertrofia cardiaca nella nefrite cronica.*
17. Maragliano — *Polmoniti fibrinose con decorso atipico.*
18. De Giovanni — *Sulla tisi polmonare.*
19. Landouzy — *Tubercolosi della prima età.*
20. Bordoni — *La torula nello sputo.*
21. Lannois — *Reazioni chimiche delle secrezioni gastriche dal punto di vista clinico.*
22. Fazio — *Cancro primitivo delle vie biliari.*
23. Gabbi — *Casi clinici di romori soffianti dell'addome.*
24. Chauffard — *Nuove ricerche sull'itterizia catarrale.*
25. Wagner — *Due casi di itterizia febbrile.*
26. Rosenthal — *Contributo a stabilire la natura dell'uremia.*
27. Maroni — *Occlusione acuta del tenue da diverticolo, strozzamento rotatorio coesistente nello stesso intestino.*
28. Baradat de Lacaze — *Delle eruzioni sudorali e del loro valore come segno pronostico.*
29. Cardarelli — *Un caso di melanemia acuta.*

30. De Giovanni — *Osservazioni intorno all'età critica della donna.*
31. Lenhartz — *Contributo clinico sulla teoria dell' antagonismo tra morfina e atropina.*
32. Cantani — *L'ipodermoclisi nel pericolo di arresto del cuore per dissanguamento.*
33. Pascale — *Le injezioni intrapleurali e le crisi epilettiche*, *loro teoria.*
34. De Giovanni — *Contribuzione alla patologia delle arterie.*

I. Goldschmidt. — **Gangrène symétrique et sclérodermie.** (*Gangrena simmetrica e sclerodermia*). In: *Revue de Médécine*, marzo 1887.

In una donna di 43 anni, precedentemente sana, senza causa nota l'autore vide svolgersi la seguente fenomenologia; forte prurito, e gonfiore transitorio alla mano destra, e poi alla sinistra; poi pallore delle dita seguito da rossore con bruciore e formicolio doloroso, alternante con uno stato quasi normale. Più tardi questi sintomi di asfissia locale si complicarono con quelli della gangrena simmetrica: tre dita in ciascuna mano presentarono ulcerazioni più o meno profonde, a cui tenevano dietro cicatrici grigiastre o brune di consistenza varia, qualcuna callosa. V'erano inoltre gli ispessimenti sclerosi delle dita e della mano descritti da Raynaud nell'asfissia con gangrena simmetrica: per questi la mano non poteva esser completamente chiusa, e le dita erano in leggiera flessione.

I piedi non avevano subito alterazioni profonde, erano rimasti freddi, umidi, lievemente cianotici. Verso la metà della gamba destra si erano presentate con l'intervallo di tempo di un anno, due grandi placche gangrenose, l'eliminazione delle parti gangrenate durò moltissimo tempo e fu molto dolorosa: attorno la cicatrice la pelle restò fortemente cianotica: alla gamba sinistra non vi furono che macchie rosse ed ulcerazioni.

Oltre a queste lesioni proprie della asfissia con gangrena simmetrica, e circa nel secondo anno della malattia (che durò cinque anni) si presentarono altri fatti: gonfiore della faccia, e suo coloramento bronzino, sostituito più tardi dal colore della cera a punteggiature rosse, la cute della fronte, delle tempie, delle gote, divenne dura, lucente, tesa, non si poteva più sollevare in piega; quantunque il mento, le labbra, le palpebre potessero piegarsi, la faccia aveva l'aspetto di una maschera a tratti rigidi, tanto più che le palpebre benchè non indurite, erano permanentemente tumide in seguito alla compressione dei tegumenti circostanti. La nuca era color bruno, diverse parti del corpo presentavano chiazze bianche, le gambe chiazze violacee o rossastre. Queste chiazze erano di sclerodermia, come lo ha dimostrato il reperto anatomico e mostravano anche la scomparsa dei follicoli

dei peli sostituiti da fasci molto compatti di fibre muscolari liscie — e inoltre vi erano alterazioni nutritizie (ipestrofie e atrofie) di aponevrosi e muscoli.

Oltre dunque la sintomatologia riferibile alla asfissia con gangrena simmetrica, vi era una sintomatologia propria della sclerodermia. L'Autore non crede si sia trattato nel suo caso di due forme diverse associate, ma crede che il processo patologico sia un solo, ed accetta l'opinione di Grasset, Favier, Schaw, secondo la quale, la malattia di Raynaud non forma che una fase della sclerodermia, una sclerodactilia incompletamente sviluppata, o meglio l'asfissia locale con gangrena simmetrica, e la sclerodermia formano due varietà d'uno stesso tipo morboso. I risultati della necroscopia confermano l'Autore in questa opinione.

Come affezione primaria e generale, base di tutte le modificazioni anatomiche constatate, si trovò infatti l'endarterite cronica delle branche vascolari terminali. Ecco la nota anatomica che si riferisce a questo particolare: La pelle è sede di endoarteriti ed endoflebiti terminali croniche assai estese non solo nelle regioni affette da atrofia dello strato papillare o in quelle in cui esiste una infiammazione cronica, ma anche nella pelle del ditone, in apparenza normale: non si trovò alcuna alterazione dei nervi. Questa endoarterite delle branche arteriose terminali, somiglia a quella di certe forme di dermatiti croniche sopratutto delle forme leproidi, l'endarterite terminale e parzialmente l'endoflebite esisteva anche nei polmoni e nei reni, nei polmoni non vi erano alterazioni dei tessuti, nei reni l'endarterite era combinata con lesioni secondarie (atrofie, infarti). Intanto è molto notevole che le grosse e medie arterie, e anche quelle che potevano appena esser distinte ad occhio nudo, erano assolutamente normali.

Anche in due casi analoghi di Paul Meyer, l'alterazione microscopica fondamentale, fu l'endarterite obliterante delle branche vascolari terminali, v'erano però anche alterazioni profonde dei nervi periferici, che mancavano affatto nel caso dell'Autore. Questa lesione delle arterie terminali, che domina tutta la patogenesi del caso, è una prova, dice l'autore, della identità dei due processi, quì essa ha prodotto fenomeni di gangrena simmetrica, là fenomeni di sclerodermia: nè si può pensare che la stessa causa abbia prodotto due affezioni differenti.

Quanto alla causa determinante di queste endarterite multiple, considerando che più diffusa è la lesione nei tegumenti esterni, e che gli organi interni furono più tardi invasi, si può, dice l'autore esser tentato a credere a una specie di metastasi a una migrazione d'un elemento morboso dal di fuori al di dentro. Ma questa ipotesi non ha per il momento solida base; riservando all'avvenire la ricerca e la possibile dimostrazione di un origine microbica, per ora si può accettare che la alterazione dei piccoli vasi sia stata provocata da una causa ancora indeterminata, probabilmente nervosa.

II. SPRINGER. — **Dactylite hypertrophique simétrique du gros orteil.** *(Dactilite ipertrofica simmetrica dell'alluce).* In: *Revue de Médecine,* aprile 1887.

Un uomo di 46 anni, presentava il dito grosso dei due piedi di un volume enorme, la circonferenza massima era a destra centimetri 12 $^1/_2$ a sinistra undici: l'aumento del volume era evidente specialmente alla seconda falange, dove la pelle era anche tesa e lucente, di color rosso e violaceo alla base dell'unghia; alla punta del dito vi erano ulcerazioni rossastre molto superficiali, ricoperte di sostanza saniosa, sanguinante al minimo tocco. Queste ulcerazioni, di estensione varia erano circoscritte da epidermide, ispessita, scolorata, e si presentarono successivamente in punti differenti della 2.ª falange. La palpazione e la pressione non vi determinavano alcun dolore, l'aumento di volume era dovuto a ipertrofia della pelle, del cellulare, del tessuto osseo. Non vi era anestesia vera, ma diminuzione simmetrica di sensibilità sul ditone tanto a destra che a sinistra, e senso di peso enorme al piede. Tale malattia datava da sei anni, l'ipertrofia da 18 mesi, prima dei quali si era mostrata tanto a destra che a sinistra la formazione di vescicole che guarirono in sei mesi, dopo le quali il malato per tre anni stette completamente bene. Un anno prima che cominciasse ogni disturbo trofico al piede (sette anni prima dell'osservazione dell'Autore) era caduto da una scala e aveva riportato, cadendo sui talloni, commozione cerebrale e spinale (paraplegia durata 15 giorni, debolezza di vista, incontinenza d'orina passeggiera, aumento dei reflessi patellari, trepidazione spinale).

I sintomi predominanti nel caso furono la simmetria, l'ipertrofia, l'ulcerazione. Esclusa la macrodactlia, la dactilite sifilitica l'ipertrofia dolorosa delle dita, per la simmetria delle lesioni; esclusa per la sintomatologia l'asfissia e la gangrena simmetrica, l'Autore, si ferma sul diagnostico del male perforante: la sede, lo sviluppo progressivo, il decorso, le alterazioni della sensibilità, l'aspetto della pelle richiamano infatti a questa forma morbosa: alcuni caratteri però mettono riserva a questa diagnosi e sono l'ipertrofia, la simmetria, la mancanza di ulcerazione (le ulcerazioni superficiali osservate erano ben diverse da quelle del mal perforante). L'ipertrofia non è un sintoma ordinario del mal perforante però qualche volta si trova, e l'Autore riferisce un caso di mal perforante caratteristico in cui v'era l'ipertrofica dell'alluce.

Nel caso osservato dall'autore, mancando l'ulcerazione, egli crede però opportuno di designarlo col nome di dactilite ipertrofia simmetrica. Nella etiologia di questo caso, v'era l'abuso degli alcoolici, l'Autore, esamina quindi la ipotesi della nevrite periferica da alcoolismo *(pseudo tube)* ma l'evoluzione della malattia (sette anni di durata senza disordini motorj), la esclude.

Secondo l'Autore la commozione midollare è stata la causa di una leggiera mielite, e i disordini trofici del piede, di natura simile a

quelli del mal perforante, hanno verosimilmente relazione di dipendenza con essa.

III. Koch. — **Zur Lehre von der Chorea minor.** (*Intorno alla corea minore*). In: *Deut arch. für Klin. Med.* XI 5, 6.

Dallo stadio delle statistiche sulla frequenza della corea nei due sessi l'Autore trovò tra gli autori francesi ed inglesi da una parte, ed Eulemburg dall'altra notevoli differenze perchè in quelli v'è una molto più forte prevalenza del sesso femminile. Infatti i maschi non costituirebbero che il 26 o il 28 per cento mentre secondo Eulemburg su 100 malati di corea, 42,5 sarebbero di sesso maschile.

Le cifre date da Kaulich e da Steiner sono desunte da un numero troppo piccolo di casi per poter esser prese in considerazione. La statistica dell'Autore comprende 267 casi, i maschi vi figurano con un per cento di 37,45 le donne di 62,54. Questo risultato è tanto vicino a quelli di Eulemburg che l'autore riconosce che quanto alla differente frequenza con cui i due sessi vengono colpiti dalla corea devono esservi influenze nazionali e forse locali. La disposizione delle femmine ad ammalare di corea in Germania non è maggiore di quella degli uomini di tanto come in Francia ed in Inghilterra.

Quanto all'età dei coreici la statistica dell'Autore su malati provenienti da clinica e policlinica non corrisponde con quelle di altri, fatte sui dati forniti da ospitali per bambini. Dei suoi 266 casi in 166 cioè nel 62,4 per cento l'età era dai 7 ai 13 anni nessuna età fu risparmiata. Dei 266 malati, 15 cioè 5,63 per cento, erano tra uno e 5 anni di età; 101 cioè il 37,96 per cento erano tra i sei e i dieci anni; 89 ciòè il 33,45 per cento tra gli undici ed i quindici, 43 cioè il 16, 16 per cento tra i sedici e i venti, 18 cioè il 6,76 per cento tra i 21 e 52 anni. Secondo Kaulich che ha una statistica di 48 casi, il maggior numero di casi si verificò nell'età di dieci anni. E l'Autore concorda con Kaulich nella conclusione che l'epoca della pubertà e l'assidua occupazione nelle scuole hanno un intima relazione collo sviluppo della malattia quantunque però faccia notare un po' esagerata la importanza che Kaulik da a quest'ultimo fattore. E fa anche avvertire con Eulemburg la maggior frequenza della corea nella donna dopo il periodo della pubertà confrontandola colla poca frequenza che nell'uomo si osserva dopo quest'età, così di 61 malati di corea oltre i 15 anni, ventuno erano maschi 34,42 per cento e 40 femmine 65,57 per cento; di 26 oltre i 18 anni, otto erano maschi, 30 per cento, e 18 femmine 69 per cento.

La differente distribuzione geografica, le forti oscillazioni nelle cifre annuali della mortalità fanno evidente che nel manifestarsi della corea abbiano influenza condizioni climatiche atmosferiche. Si è osservato che questa malattia di preferenza si sviluppa nell'inverno e nelle stagioni fredde e l'Autore dimette una propria statistica che conferma

questa osservazione, infatti di 100 casi in cui era nota l'epoca del principio della malattia nel dicembre si osservò il massimo numero dei casi, 22, tanto in gennaio che in marzo i casi furono 12, in aprile 9, da questa mese fino al Settembre la frequenza dei casi andò diminuendo per aumentare poi di nuovo. In altri 160 casi in cui era nota soltanto l'epoca del principio della cura, l'Autore trovò nel primo trimestre dell'anno il 32 per cento, nel secondo il 31, nel terzo il 18, nel quarto il sedici, fa però notare giustamente che questa statistica non è in disaccordo colla prima in quantochè di solito i malati ricorrono al medico qualche tempo dopo l'insorgenza della malattia cosicchè casi sviluppati nell'ultimo trimestre che apparentemente ha una bassa cifra percentuale vengono in cura nei mesi successivi del primo trimestre. E l'Autore crede dalle sue statistiche appoggiata la affermazione di Wicke (combattuta da Ziemssen) che la stagione fredda abbia un influenza favorevole sullo sviluppo delle recidive della corea.

All'eredità da quasi tutti gli Autori è fatta una parte importante nello sviluppo della corea. Ziemssen ritiene la trasmissione ereditaria diretta più rara, ma molto frequente una disposizione nervosa ereditaria come nell'isteria, nell'epilessia, ecc. Ed Eulemburg ritiene che il momento predisponente più importante sia una disposizione neuropatica per lo più congenita, disposizione che diviene transitoriamente maggiore per influenza dell'età e stati speciali dell'organismo (gravidanza). Egli crede che la corea si alterni coll'isteria e con le psicosi nei fratelli e stretti parenti oppure che si osservi una trasmissione diretta e dal lato materno. L'Autore su 113 casi di corea trovò in 90 mancanza completa di qualunque eredità nervosa, la trovò in 6 casi negli ascendenti (emicrania, isterismo, psicosi, nervosissimo), in tre casi tanto nei genitori che nei fratelli (mielite, crampi, nervosismo, idiozia); in tredici casi nei fratelli e sorelle. Sommando tutti i casi in cui gli ascendenti presentarono malattie nervose si ha appena l'otto per cento, e la corea trasmessa ereditamente dal lato materno non si ebbe che in un caso. Per questo l'Autore combatte l'opinione di Eulemberg sulla diretta trasmissione ereditaria sia maggiore infatti secondo Krapelin nelle psicosi è del 30-40 per cento nell'isteria, secondo Hamman del 76 per cento, nell'epilessia, secondo Strumpell, è in un terzo dei casi.

Quanto all'etiologia su 115 casi trovò una causa nota, solo in 66 e cioè eccitamenti pschici in 25 casi, reumatismo in 21, raffredamenti 4, anomalie di mestruazione (che potrebbero anche esser considerate invece che causa, effetti) 4, contagio apparentemente pschico o materiale (?), 3. Di questi tre casi l'Autore riferisce la storia nelle quali si tratta di corea svoltasi successivamente tra fratelli. In due casi vi furono traumi, in uno morbilio, in uno la causa fu attribuita alla dentizione, in uno llo spavento, in uno a raffredamento e contemporaneo eccitamento psi hicho, in tre alla gravidanza: in questi tre casi si

trattava di primipare, tutti tre decorsero favorevolmente per la madre, in un caso accadde l'aborto, in un altro il parto fu precoce, nel terzo si fece l'aborto ostetrico, in due casi la corea recidivò, il tempo della gravidanza in cui si sviluppò la corea fu rispettivamente al 3.° al 6.° all' ottavo mese e l' età della madre 19, 23 e 27 anni.

Quanto alla sintomatologia l' autore non crede si debba attribuire importanza ai punti dolorosi lungo la colonna vertebrale che si trovano tanto di frequente in tutti i soggetti nevrosici. Fra più di 100 casi di corea trovò questo sintomo soltanto 5 volte. Nè crede potersi dedurre criterii diagnostici o terapeutici sul segno da Meyer Rosenbach e Seifert accennato cioè nella sensibilità squisita alla corrente galvanica, di processi spinosi non dolenti alla semplice pressione; così pure concede poco valore alla addolorabilità nei quadranti inferiori del ventre. Quanto ai reflessi tendinei dice per propria esperienza che grandi deviazioni dalla norma sono nella corea molto rare, ricorda la difficoltà di giudicar bene di questo fenonemo nei fanciulli che per lo più tengono le musculature troppo tese e allora apparentemeate hanno diminuito il reflesso. Alterazioni psichiche in leggier grado nella corea sono frequenti; gravi alterazioni e veri stati di imbecillità secondo Eulemburg e Ziemssen sono non insoliti nel prolungato decorso della corea; l'Autore però narra il caso di un ragazzetto di 14 anni coreico da sei anni che era tra i primi dei suoi condiscepeli, tra 110 casi di corea prescindendo da delirii febbrili provocati in seguito a complicanti encarditi, piemie, ecc., osservò vere psicosi solo in un caso (grave melanconia), più frequenti furono nel decorso di coree croniche e recidive, gli stati isterici. L'Autore inoltre registra altre concomitanze da lui osservate nella corea, ma senza attribuir loro nesso causale, per es.: insufficienza mitrale e nefrite acuta, vitiligine al capo.

Decorso della corea. — Di 54 casi trattati nella clinica medica nove furono gravi, e di questi, quattro terminarono letalmente e alla necroscopia si trovò in tutti encardite (in due acuta, negli altri due ricorrente) e l'Autore osservò che le donne sono più frequentemente colpite degli uomini dai casi gravi, che questi sono più frequenti dopo la pubertà, che dei nove casi gravi osservati solo in due, v'era una compromissioae ereditaria neuropatica che un terzo dei casi gravi si accompagna o insorge durante il decorso del reumatismo articolare. Su 162 casi vi fu recidiva in 35 (tre recidive in 3 casi, 2 in dieci casi una in 22). L'intervallo tra la prima malattia e la recidiva oscillò fra 3 mesi e undici anni. E tra 162 casi in dieci il decorso fu cronico (1 a 6 anni). Quanto alla relazione della corea col reumatismo e l' endocardite l' autore citate varie statistiche ricorda che fra 111 casi egli osservò il reumatismo solo in 21 (precedente e concomitante, susseguente). Prima dei dieci anni di età la coincidenza del reumatismo e dalla corea è più rara: Quanto alle affezioni cardiache su 153 malati di corea, l'Autore trovò viziature in ventun casi; sei di questi erano

probabilmente in relazione con reumatismo, degli altri quindici casi in media non è escluso che il vizio preesistesse alla corea, in un caso questa preesistenza è assicurata, negli altri tre il vizio insorse solo dopo le recidive. Romori accidentali o toni impuri in quei 153 casi furono uditi in 15 casi.

Quanto alla natura della corea l'autore premette che essa deve ben distinguersi dalle nevrosi costituzionali nel cui gruppo si suole includere, e crede consista in una alterazione transitoria subacuta o cronica di parte ben determinato dell'asse cerebrospinale prodotta dall'azione di uno o di diversi irritamenti tra loro simili. Considerando che nella corea genuina vi sono quasi esclusivamente fatti motorj, raramente parestesie e iperestesie quasi mai alterazioni della sensibilità o dei sensi, si deve collocare la lesione nelle grandi vie di conduzione cortico muscolari. Molte necroscopie di casi della cosidetta corea sintomatica hanno dimostrata una lesione del nucleo lenticolare, o del talamo o del corpo striato e pertanto fatta verosimile una irritazione del fascio piramidale decorrente nella capsula interna. Eisenlohr in una ragazza di 14 anni affetta da corea congenita trovò una chiazza di sclerosi nel destro cordone laterale del midollo cervicale e precisamente nella sua metà posteriore corrispondente alle vie motrici.

Nella corea essenziale in qual punto delle vie piramidali deve supporsi la sede dell'irritamento? Molti autori fondandosi sulla corea, ottenuta sperimentalmente negli animali ammettono la localizzazione spinale ma i più ammettano la cerebrale per la quale parlano la contemporanea alterazione pschica, e la frequente unilateralità della corea, e a queste ragioni è da aggiungere secondo l'autore lo scomparire dei movimenti coreici durante il sonno, durante la cloroformizzazione, durante la compressione delle carotidi (un caso di sua osservazione). Per l'incostanza del reperto anatomico non si può secondo l'autore localizzare in una speciale regione del cervello la lesione che dà tutto il complesso sintomatico della corea come hanno fatto Broadbent e altri neuropatologhi inglesi. Pertanto l'autore conclude che le lesioni anatomiche nella corea genuina stanno nelle vie piramidali, da cui il processo può diffondersi forse anche nella sfera sensitiva, in prima linea di questa via è affetta la parte cerebrale, ma verosimilmente poi anche la spinale, che i nervi periferici possano partecipare alla lesione è incerto.

I reperti necroscopici pubblicati nei casi di corea possono dividersi in 3 gruppi nel primo si comprendono casi di corea sintomatica (encefaliti circoscritte, atrofie, embolie ecc.), nel secondo alterazioni anatomiche (meningiti encefaliti) prodotte da complicazioni della corea (endocarditi, reumartriti, piemia). Questi due gruppi non appartengono alla corea genuina: il terzo gruppo finalmente comprende quei casi rari in cui le alterazioni coreiche assunsero tale intensità da rendersi macroscopicamente o microscopicamente evidenti nella forma delle

proliferazioni nucleari dell'avventizia dei vasi, nelle iperplesie connettivali, nelle metamorfosi regressive delle cellule ganglionari, ecc.

Quanto alle cause delle alterazioni della corea l'Autore senza occuparsi delle teorie di Broadbent (embolia) di quelle di Begbie, Watson, Todd (causa reumatica) nè di quelle che ammette una speciale diatesi neuropatica si occupa della teoria infettiva già per qualche caso ammessa o sospettata da Leube Eulemberg Strumpell Peiper e Prior, e l'autore crede si possa estendere questa teoria a tutti i casi di corea genuina. Essa spiega tutto il decorso: nessuna ipotesi migliore di questa per la quale si ammette un virus che invade le vie nervose, vi si moltiplica lentamente e a poco a poco vi deperisce e si consuma. Come nelle malattie infettive, abbiamo nella corea prodromi (ronzio d'orecchi, brividi, qualche volta anche leggieri aumenti di temperatura, ed Eulemburg ricorda la insorgenza endemica, la inuguale distribuzione geografica, l'influenza delle stagioni e la parentela che forse esiste tra la corea tedesca e quella elettrica di natura infettiva dell'Italia superiore.

La tendenza della corea a recidivare ricorda la pneuminite, la poliartrite la risipola: la tendenza molto pronunciata a colpire soggetti di una determinata età la troviamo in quasi tutte le malattie infettive. Che il vino agisca sul sistema nervoso è un fatto che ha degli altri a riscontro nella patologia per esempio, le nevralgie da malaria, le neuriti multipli degenerative il Kakkè, il beriberi, la poliomelite acute e l'encefalite dei bambini. Nei casi leggieri di corea manca ogni reazione generale ogni attuazione delle funzioni somatiche ma questo accade anche in altre forme infettive (gonorrea, malattie veneree, reumartrite cronica), ma d'altra parte nei casi in cui il virus, ha trovato un terreno molto favorevole o la infezione fu assai intensa anche il quadro della corea prescindendo pure da encarditi, reumartriti o decubiti complicanti, può esser gravissimo, e dare un reperto anatomico in cui prevalgono alterazioni di natura infiammatoria spesso diffuse oltre i confini della localizzazione originaria.

L'Autore esamina poi la questione se la corea è prodotta da differenti materiali infettive, o se da un unico virus. See, Roger, Cadet de Gassicourt ed altri dichiararono ancor prima che fosse stabilita la natura infettiva del Reumatismo acuto, esser la causa della corea sempre o almeno per lo più identica con quella del reumatismo.

Infatti questo ora precede, ora accompagna, ora segue la corea, nelle due malattie manca le contagiosità diretta, v'è inclinazione a recidivare, non di rado anche senza una complicante endocardite si stabilisce nell'una e nell'altra di queste due forme una grave anemia, nell'insorgenza di tutte e due si osserva spesso influire il raffredamento. Di più l'Autore nota che le due malattie hanno il loro massimo e il minimo di frequenza in eguali epoche dell'anno, e che si hanno vantaggi dal trattamento arsenicale tanto nella corea che nel reumatismo

cronico. Tutto malgrado Rilliet e Barthez, Barrier, Monneret, Grisolle, Graves Joffroy e altri negarono ogni parentela tra corea e reumatismo. La maggior parte degli Autori tedeschi (Leube, Lebert, Niemeyer) riconosce tra le due forme dei rapporti non però fondamentali, e cita contro la identità genetica di esse, la grande preferenza della corea per l'età infantile, la stabilità della localizzazione delle alterazioni coreiche nel sistema nervoso mentre è quasi patognomonico nella poliartrite la fugacità delle lesioni articolari, e finalmente la inefficacia del trattamento salicilico nella corea.

Può aver valore per decidere la dibattuta questione, la statistica sulla frequenza della coincidenza tra le due malattie. Dell' esattezza dell' alta cifra procentuale data da Hughes, See, Cadet de Gassicourt non è da dubitare, ma se d' altra parte si ammettesse la bassissima 1, 58 data da Steiner cadrebbe per questo subito la teoria della identità. Dalla statistica dell'Autore risulta come sopra si disse un nesso causale col reumatismo in 18, 91 per cento di tutti i casi di corea, cifra troppo alta per negare con Joffroy e altri ogni rapporto tra le due malattie, troppo bassa per attribuire l'insorgenza della corea esclusivamente all'azione del virus del reumatismo articolare.

Per quel che riguarda l'endocardite, poichè non è ammesso un virus speciale dell'endocardite, ma anzi si ricorre per spiegarne la genesi per lo più alla porliatrite, più di rado anche ad acuti esantemi, a gonorrea, tifo, vajuolo, tubercolosi e piemia, si dovrebbe nei casi dove è innegabile un nesso causale tra corea e cardiopatia ricorrere appunto ad una di queste affezioni primarie, solo è raro che si osservi una relazione tra corea e tifo, vajuolo, scarlattina morbillo e difteria. E poichè a nessuno dei germi d' infezione che conosciamo può essere ascritta la genesi di tutti e neanche di una piccola parte dei casi di corea, ed una patogenesi infettiva di questa deve sospettarsi, ne risulta con logica necessità, che deve esistere un virus causa esclusiva o principale di questo tipico processo morboso, *virus specifico della corea.*

Per dilucidare i rapporti tra la corea e le dette malattie infettive si può pensare ad una disposizione alla corea provocata dalla prostrazione concomitante e dalle alterazioni quantitative da quelle malattie indotte nella crasi sanguigna. In questo caso è degno di nota che l'insorgenza della corea minore dopo il tifo che come si sa è tanto frequentemente accompagnato e seguito da differenti affezioni del sistema nervoso, sia tanto rara. Per quel che riguarda il reumatismo articolare, la corea accade spesso anzi secondo Roger a preferenza, dopo i casi leggieri per esempio costituite da vaghi dolori articolari, dal *caput obstipfum* ecc., in cui non può trattarsi di alterazioni discrasiche della costituzione generale, inoltre essa accade frequentemente solo molto dopo il decorso, e in altri casi anche prima del reumatismo. Qui dunque è forza ammettere altri e più intimi rapporti. E cioè si deve ammettere o un fatto analogo a quello che costituisce il rapporto tra morbillo

pertosse e tubercolosi cioè che dallo sviluppo di un germe nell'organismo venga favorita la recezione e la possibilità di sviluppo di un altro oppure si deve supporre tale affinità tra il virus della corea e quello della poliartrite che quest'ultimo sia capace di produrre anche le alterazioni della corea. Questo spiega i casi in cui corea e reumatismo insorgano contemporaneamente e i casi in cui il reumatismo si sviluppa poco tempo prima.

Se come vuole Prior la corea che precede al tifo e al morbillo deve ascriversi al virus specifico di queste malattie, per la rarità di tali casi l'Autore non sa decidere.

Quindi l'Autore dimostra che la sua ipotesi non urta colle leggi della patologia generale: appunto il reumatismo offre qualche cosa di analogo, le affezioni articolari multiple vengono riferite etiologicamente al virus specifico della poliartrite, mentre anche si accetta che nelle membrane sinoviali malattie tra loro simili (anzi per l'osservazione identiche) possano prodursi per la diffusione dei virus della scarlattina, della gonorrea, della sifilide, dei processi puerperali e scettici.

Ed è possibile che come il virus poliartritico, il sistema nervoso, il virus coreico colpisca le articolazioni, e così si spiegano i casi in cui nel corso della corea insorgono affezioni articolari che ora più ora meno prendono il quadro della poliartrite infettiva.

Quanto ai rapporti della corea coll'Endocardite l'Autore osserva che se data una encardite da lungo tempo esistente in un soggetto si sviluppa durante quel decorso la corea si può pensare che in una esacerbazione del processo infiammatorio i germi di quella passino nella corrente sanguigna e provochino nelle vie nervose le alterazioni coreiche. Più frequentemente accade che la cardiopatia insorga contemporanea o dopo la corea. Allora o sono tutte due complicazioni del reumatismo, o l'encardite è prodotta dal virus specifico della corea ed è un sintomo della infezione generale coreica. Quest'ultimo caso è il più frequente, perchè di solito nella coincidenza della corea con affezioni cardiache manca ogni segno di affezione reumatica. Il solo Joffroy, tra gli Autori chiaramente si esprime in questo senso dicendo, la corea come analogamente alla scarlattina, alla piemia, alla febbre puerperale può presentare affezioni articolari, così può anche associarsi ad endocardite. La cosa è fatta a priori intelligibile per la grande preferenza del virus poliartritico a localizzarsi nell'endocardio e per l'affinità del virus coreico con quello della poliartrite. Che nel decorso della corea possa svilupparsi una periendocardite fu dimostrato anatomicamente nel caso di Clifford Albutt e Gee e l'Autore cita brevemente un caso clinico dei tre di sua osservazione.

Che finalmente in casi rari una acuta encardite precedente la corea come localizzazione primaria endocardica del virus coreico possa diagnosticarsi (Henoch) è un fatto che ha il suo riscontro nelle cardio-

patie che prendettero le manifestazioni articolari. Così concludendo dice l'Autore: corea, poliartrite, encardite si succedono con alterna vicenda. La affezione primaria (coreica) ha per lo più sede nel sistema nervoso più raramente nelle articolazioni ancor più raramente nell'endocardio essa è prodotta dallo speciale virus coreico, ma anche da quello della poliartrite, a questo affine, e forse in singoli casi possono anche altri germi infettivi produrre lo stesso quadro morboso.

A questa teoria infettiva della corea non sono di ostacolo i casi in cui dopo influenze sul sistema nervoso (terrore, spavento) si sviluppa la corea. Queste influenze infatti rendono il sistema nervoso un *locus minoris resistentiae* in cui si può facilitare l'introduzione del virus e lo sviluppo del virus già introdotto.

Quanto ai casi di corea imitatoria, come nell'epilessia per imitazione si può pensare che siano o fatti isterici e simulati, o in alcuni casi è un accidente che siano contemporaneamente colpiti più soggetti, o si tratta in vero di una vera forma epidemica dell'infezione. Del resto non sarebbe inverosimile che una corea sorta dapprima in seguito al molto pronunciato impulso dei bambini ad imitare e contraffare date speciali disposizioni nevrosiche, continue: poi anche involontariamente. Quanto alla corea *reflessa* ancora ammessa da Eulemburg, Ziemssen e altri l'A. ritiene per qualche cosa di impossibile (*etwas unmögliches*), di inverosimile l'insorgenza di movimenti coreici per via reflessa altrettanto come la insorgenza di paralisi reflesse per lesioni dell'intestino, della vescica, dell'utero (!). Egli crede che nella maggior parte dei casi descritti come tali non si trattasse che di accidentale coincidenza con una *corea essenziale.* E specialmente vale questo, dice egli per la *corea gravidarum.* Tante sarebbero nelle gravide le circostanze favorevoli all'insorgenza di questa forma (eccitamento dei nervi dell'utero e disposizione a nevrosi) che assolutamente la corea gravidica dovrebbe essere una manifestazione di ogni giorno se non fosse necessario alla sua produzione un altro agente. E questo modo di vedere è appoggiato da ciò che tra i rapporti della corea e della gravidanza non vi è regola: la corea infatti scomparisce anche prima del parto, o dura dopo di questo, o insorge soltanto nel puerperio.

Da ultimo l'Autore accenna che qualche volta una sintomatologia coreica nella gestante potrebbe ascriversi a eccitazione corticale cerebrale prodotta da irritazione di osteofiti intracranici che appunto analogamente alla corea si trovano frequentemente nelle giovani gestanti primipare.

IV. Giuffrè. — **Un caso di tetano traumatico con emiplegia facciale.** (*Sperimentale*, ottobre 1887).

Rose ha descritto per il primo il tetano da ferita della faccia accompagnato da paralisi facciale, e perchè v'era anche spasmo dei muscoli faringei come nell'idrofobia, adoperò le due denominazioni di tetano

cefalico e tetano idrofobico come sinonimi. L'Autore ha raccolto tutti i casi conosciuti finora di tetano cefalico con paralisi facciale e con o senza disfagia: sono in tutti 19: a questi aggiunge il 20.° di propria osservazione:

Un uomo di 51 anni, giuocando alle boccie, fu colpito accidentalmente alla regione zigomatica sinistra, un poco al di sotto della cavità dell'orbita, da una boccia lanciata con mediocre forza; la piccola ferita cutanea guarì in pochi giorni durante i quali egli potè attendere alle sue occupazioni. Ma in una giornata si manifestò trisma, paralisi del facciale sinistro, e poi rigidità nei muscoli degli arti inferiori, e della nuca, e veri accessi tetanici, per cui riparò all'ospitale ove oltre che la conferma di questa fenomenologia si notarono normali le pupille, e ben reagenti alla luce, quasi scomparso a sinistra il reflesso dell'ammiccare, che a destra era normale, contrattilità elettrica dei muscoli facciali paralizzati ben conservata senza reazione degenerativa, la cicatrice al di sotto dell'occhio sinistro, indolente, temperatura 37,°8 polso 100, respirazioni 22; l'alimentazione si faceva solo con liquidi. La cura subito praticata consistè nella amministrazione di paraldeide 3 a 4 grammi al giorno, bromuro di potassio, bagni caldi. Il miglioramento fu lentamente progressivo fino alla completa guarigione, tanto dei fatti paralitici che tetanici, seguita in due mesi. Durante tutto il decorso, non vi fu mai disturbo di deglutizione, nè di digestione, nè accessi dispnoici o di soffocazione come l'infermo asseriva di aver sofferti a domicilio, talvolta vi fu leggera cianosi durante gli accessi tetanici: la temperatura oscillò fra 37°,5 e 39°,7 che fu la massima.

La paralisi era in questo caso, e pare anche negli altri raccolti dalla letteratura, periferica, nel solo caso di Pollock (dubbio) la paralisi era dal lato opposto a quello della ferita, nel caso di Nankiwell si trattava di una ferita al dorso del naso, in tutti gli altri la paralisi era dal lato della lesione primitiva. Quanto all'esito la guarigione accadde in 8 casi (compreso quello dell'Autore) in questi, in generale il grado della paralisi è stato abbastanza leggero (tre a sette settimane di durata). Nei casi in cui si fece il reperto anatomico non si trovò nel facciale alcuna lesione che giustificasse la paralisi. Questi venti casi di tetano venuti in seguito a ferita al capo (cefalico) e accompagnati da emiplegia facciale, sono in numero sparutissimo di fronte ai tanti altri pure di tetano cefalico nei quali essa non si è osservata affatto.

I fatti tetanici osservati nei varii casi, si possono, secondo l'Autore, facilmente comprendere con la legge dei reflessi di Pflüger: i primi muscoli colpiti si troverebbero dalla stessa parte e presso a poco alla stessa altezza in cui si trovano gli organi periferici di senso, sede dell'eccitamento, poi seguirebbero quelli del lato opposto, e progressivamente gli altri a seconda il succedersi degli archi reflessi.

Quanto alla patogenesi di questi casi di tetano cefalico con emiplegia facciale, l'Autore, dimostrando inaccettabili alcune opinioni da altri

esposte, ritiene che la paralisi del facciale sia determinata dallo stesso trauma che determina pure il tetano, e che sia affatto indipendente da questo, e localizzata nel tronco del nervo, non nel nucleo d'origine, non negando però la possibilità che in qualche caso la paralisi sia determinata indipendentemente dal trauma per una influenza reumatica o altra, come Nankiwell ammise nel suo caso. La coesistenza poi di fenomeni di spasmo nei muscoli paralitici, l'Autore la spiega col fatto stesso del tetano. Se l'impulso della volontà, dice egli, non è abbastanza forte da vincere l'ostacolo che alla trasmissione di esso oppone la lesione funzionale od organica dei tubi nervosi, lo è invece abbastanza l'impulso che proviene dal centro automatico del facciale. che si trova sovreccitato dall'agente tetanico, l'impulso tetanico sarebbe allora più forte del volitivo, le scosse tetaniche agirebbero come le scosse elettriche.

E qui l'Autore aggiunge che tutti i casi conosciuti dimostrano che questo genere di tetano insorge in conseguenza di un trauma del facciale, non nel campo dei 12 nervi cerebrali come ammise Rose. La disfagia è un fatto spastico determinato dalla stessa causa che induce gli spasimi negli altri gruppi muscolari. Questo è dimostrato dal fatto che disfagia si ha anche in altre forme di tetano senza paralisi, e che nei casi di Wahl e di Guterbock non fu possibile introdurre la sonda nell'esofago per lo spasmo faringeo, e dal fatto che nel caso dell'Oliva l'iniezione di curaro fece scomparire l'enorme difficoltà della deglutizione, che ricomparve cessata l'azione del curaro.

Concludendo quanto alla questione nosologica l'Autore ripete che l'un fenomeno (tetano) non è necessariamente legato all'altro (paralisi): un trauma può produrre o no la paralisi del facciale, può produrre o no il tetano, in individui particolarmente disposti e in circostanze non bene determinabili produce tanto l'una che l'altra; anche nel decorso le due affezioni si mostrano tra loro indipendenti; insomma questa varietà di tetano o di paralisi facciale ha nulla di specifico che debba farlo riconoscere come unità morbosa ben distinta, la denominazione *tetano cefalico* è incompleta, quella di *tetano idrofobico* impropria, ed è migliore questa di *tetano cefalico con emiplegia facciale.*

V. BORGHERINI. — **Dei tumori del midollo spinale.** (*Riv. Veneta.* Tomo III, fasc. I.)

L'Autore ha avuto l'opportunità di studiare tre casi di tumore spinale con sede distinta uno alle vertebre, l'altro nel cavo rachidiano, il terzo nel midollo spinale. Premessi alcuni cenni sulla difficoltà della diagnosi clinica dei tumori spinali secondo le varie sedi stabilisce che benchè in un dato caso i criteri differenziali possano esser poco utili, dall'assieme dei casi si può delineare un complesso di note generali, che ove in un dato caso tutte o in parte concorrano, possono guidare alla diagnosi, e forse alla terapia chirurgica. Horsley, infatti, il 9 giugno

1887 operò l'esportazione di un tumore comprimente il midollo diagnosticato da Gowers.

I casi osservati dall'Autore sono i seguenti:

Caso 1.° — Ragazza d'anni 17 morta l'8 febbrajo 1887 coi sintomi di lesione spinale al tratto medio dorsale: tre mesi innanzi avea avvertito dolore all'ipocondrio sinistro, durato poi sempre, da un mese un nodo in corrispondenza alla 6.ª costa linea ascellare anteriore sinistra che poi crebbe fino alla grossezza di un pugno. Questo tumore era infatti aderente alle coste e v'erano anche i segni di pleurite sinistra per cui fu più volte necessaria la toracentesi. Al 12 gennaio 1887 l'inferma fu colta improvvisamente da cistoplegia, il giorno appresso da paralisi del retto, al 14 gennaio v'era completa paraplegia, l'anestesia giungeva al tronco fino alla linea ombelicale trasversa; la morte l'8 febbrajo. Alla necroscopia si trovò un voluminoso osteosarcoma che occupava quasi tutta la cavità pleurica sinistra, invadeva il mediastino e i corpi vertebrali e si insinuava nel canale vertebrale per i fori di coniugazione di sinistra 3.°, 4.°, 5.°, 6.°, 7.° Nell'interno della rachide il tumore sporgeva quanto il dito mignolo di un adulto: era situato fuori della dura madre. Questa attorno al tumore presentava un'essudazione fibrinosa scarsa, la midolla nel tratto corrispondente al tumore presentava rammollimento acuto. I corpi vertebrali alla stessa altezza erano infiltrati dalla massa del tumore e sopra essi nel cavo rachidiano sporgevano alcuni nodi sarcomatosi comprimenti il midollo verso l'indietro.

Caso 2.° — Ragazzo d'anni 10. Per sette mesi presentò dolori nevralgiformi ai fianchi, al ventre, agli arti inferiori e persistettero fino a 5 mesi prima della soccombenza. Coi dolori il bambino poteva muoversi l'incesso era rigido e il dorso era tenuto ricurvo all'innanzi, ai primi giorni del novembre 1883 cinque mesi prima dell'esito letale vi fu dolore all'arto inferiore sinistro più intenso del solito che scomparve nel giorno appresso manifestandosi una incompleta paralisi, tre giorni dopo si mostrò una incompleta paralisi nell'arto inferiore destro e quindi completa paraplegia; allora i dolori ai fianchi e al ventre cessarono, gli arti inferiori e il tronco nel suo tratto inferiore erano divenuti anestesici. Alla metà di novembre paralisi del retto e della vescica con escara da decubito al sacro. L'esame obbiettivo 8 dicembre 1883 dimostrava paraplegia addominale completa di moto e di senso, l'anestesia estesa anteriormente fino all'altezza dell'epigastrio sul dorso a destra fino alla base del torace, alla sinistra fino alla metà dello stesso, la vescica orinaria come sacro inerte lasciava sgorgare l'orina facendo pressione al pube, al sacco e al trocantere destro escara profonda, al tallone destro escara superficiale, ulcerazione al ghiande e all'inguine sinistro, riflessi agli arti inferiori diminuiti, masse muscolari di questi flaccide. La morte accadde il 26 marzo 1884. Si trovò nel cavo rachidiano all'altezza dell'ottava e nona dorsale fuori della dura

madre una cisti da echinococco lunga 5 centimetri di forma irregolare grossa quanto un dito medio di adulto e fornita di due appendici di cui l'una maggiore insinuata nel forame di coniugazione fra l'ottava e la nona vertebra assai più ampio del normale, l'altra, minore, collocata nel forame immediatamente al di sotto. Il midollo spinale in corrispondenza alla cisti era spinto verso destra e per un tratto di circa un centimetro più sottile del normale e di consistenza fibrosa. Di sopra e di sotto di questo breve tratto, per qualche centimetro, il midollo era rammollito. Nel fegato vi era una seconda cisti grossa quanto un mandarino.

Caso 3.° — Ragazzo di anni 11 e mezzo che presentava lieve sporgenza in fuori delle prime vertebre lombari e dolore alla pressione sopra le stesse, paralisi della vescica orinaria, musculatura degli arti inferiori ipertrofica, forza di contrazione delle masse muscolari assai affievolita, reflessi esagerati, sensibilità normale. Risultava dall'anamnesi che quattro mesi prima della morte (seguita per infiltrazione orinosa) si era ammalato con dolore nevralgiforme all'articolazione del piede sinistro persistito 6 settimane, e diffuso poi alla coscia sinistra molto violento. Quindi il dolore passò al perineo vi durò 2 settimane e poi cessò sopravvenendo completa cistoplegia e movimenti convulsivi istantanei all'arto inferiore destro con indebolimento progressivo di questo e poi anche del sinistro. Alla necroscopia si trovò una massa tubercolare nel rigonfiamento lombare 3.° superiore grosso quanto un grano di fava, il midollo all'intorno del tumore rammollito, la parte periferica era però rispettata. Il tratto medio e inferiore del rigonfiamento lombare erano normali. La massa neoplastica sorgeva dall'asse grigio spinale, i cordoni posteriori erano in gran parte distrutti, verso l'alto questi presentavano un processo degenerativo specialmente nei cordoni di Goll. Le cellule gangliari dell'asse grigio nel luogo di sede del tumore erano abbastanza ben conservate e portate verso l'esterno della massa neoplastica sicchè questa pareva originarsi al centro dell'asse grigio. Le appendici delle cellule gangliari si dimostravano più corte del normale granulose e diminuite di numero.

L'Autore riassume nella seguenti conclusioni i fatti più cospicui che possono servire alla diagnosi differenziale di sede.

I. Quanto ai tumori estrarachidiani:

L'esame dei diversi organi mette spesso sull'avviso dell'esistenza di forme morbose primitive estrinseche alla colonna vertebrale. L'esame esterno al dorso rileva l'esistenza di deformità nello scheletro osseo o di tumori prominenti all'esterno. Il periodo iniziale è caraterizzato da sintomi estrinseci al midollo spinale assai cospicui rappresentato dalla forma di paraplegia dolorosa o da nevralgie violente, dolori alla sede del tumore sulla colonna vertebrale, rigidezza della stessa, ecc. I sintomi intrinseci sono dati di raro da fatti irritativi, più spesso e quasi di norma da fatti di paralisi di senso e di moto. Questi entrano

rapidamente, di raro la paresi iniziale motoria si prolunga di molto e ancor più di raro rimane tale fino alla fine, la forma paralitica è quasi costantemente simmetrica. Atrofie di origine dal midollo spinale mancano di solito, la paralisi di moto è flaccida, i reflessi sono esagerati.

II. Quanto ai tumori del cavo rachidiano:

La deformità della colonna vertebrale, la sporgenza all'esterno di tumori, la esistenza di lesioni in altri organi sono fatti assai rari. Il primo stadio è contrassegnato dall'esistenza di sintomi irritativi di grado essai rimarchevole. I fatti di paralisi entrano comunemente con lentezza e in forma simmetrica, sono abbastanza frequenti le forme monoplegiche che rimangono tali per un tempo più o meno lungo di raro fino all'esito ultimo: sono pure non infrequenti le lesioni emiplegiche o tali almeno nell'inizio, e le forme di paraplegia cervicale. La paralisi di senso si associa a quella di moto arrivando al grado completo solo in pochi casi, nei più la sensibilità è solo in parte compromessa, in buona parte dei casi perfino inalterata. I fenomeni trofici sotto forma di gangrena da decubito sono abbastanza frequenti, le atrofie muscolari invece quando non derivino per compressione dei tronchi nervosi spinali sono piuttosto rare e mai precoci poichè derivando essenzialmente da alterazioni dell'asse grigio questo più di sovente rimane inalterato; le atrofie muscolari appariscono talvolta dopo il costituirsi della forma spastica. Le azioni riflesse negli arti paralitici sono oltremodo esaltate.

III. Quanto ai tumori intramidollari:

Mancano quasi sempre segni esterni alla colonna vertebrale o lesioni in altri organi del corpo, fatta eccezione per i tubercoli. Lo stadio iniziale irritativo è dato quasi esclusivamente da sintomi proprii al midollo spinale. Questo stadio però talora manca o si fonde collo stadio successivo paralitico. I sintomi paralitici entrano lentamente e non si fanno simmetrici ai due lati del corpo che in periodi avanzati, spesso la lesione è sulle prime almeno monoplegica talvolta emiplegica; la paraplegia cervicale come forma isolata è eccezionale, l'entrare istantaneo della paralisi al grado completo è pure eccezionale.

Le lesioni di sensibilità di raro arrivano al grado di anestesia completa, talora la sensibilità é solo diminuita più di rado aumentata spesso si conserva normale. I sintomi trofici sono assai rimarchevoli con carattere simmetrico o monoplegico, precoci, iniziantesi dapprima nell'arto o negli arti in cui si è dimostrata prima la lesione motoria. I reflessi sono assai spesso diminuiti o scomparsi se la sede è alla regione lombare del midollo, conservati ed esagerati se in punto più alto.

VI. Borgherini. — **Ferita da taglio e da punta alla midolla spinale.** (*Riv. Veneta* Tomo VI, fasc. 5.°)

Un soldato di 23 anni ricevette una ferita da un coltello da tasca a lama appuntata fra la 5.ª e la 6.ª vertebra dorsale, un pò lateralmente a sinistra, e presentò immediatamente paralisi dell'arto inferiore sinistro, con iperalgesia, iperestesia e scomparsa dei reflessi tendini e cutanei, nell'arto inferiore destro un pò indeboliti i movimenti volontari con ipoalgesia, ipoestesia e scomparsa dei reflessi; al dorso per tutto il tratto inferiore del torace sinistro e per tutta la omonima regione lombare cospicua iperestesia, estesa anche lateralmente fin verso la faccia anteriore del tronco; funzioni del retto e della vescica normali. Tre settimane dopo, 13 marzo, si aveva nell'arto inferiore sinistro difetto di motilità prevalente ai muscoli della coscia, iperalgesia e iperestesia uniformemente distribuite, nell'arte inferiore destro motilità normale, e ipoestesia alla coscia e parte interna della gamba: non poteva camminare se non sorretto; il 27 aprile: dolore alla cicatrice già formatasi regolarmente, iperestesia della metà sinistra del tronco sotto la cicatrice, reflesso patellare esagerato, clono del piede e reflesso del tendine d'Achille molto spiccati a sinistra. A destra questi reflessi mancavano completamente; sensibilità tattile e dolorifica normale in ambe due gli arti inferiori, con iperestesia alla faccia anteriore della coscia sinistra: incesso sicuro anche senza appoggio, ipertrofia con diminuzione di eccitabilità farado-muscolare nei muscoli della coscia sinistra.

Questo caso dà all Autore occasione di richiamare i risultati sperimentali sui casi da lui ottenuti colla lesione di un solo cordone laterale colle seguenti conclusioni:

Una lesione anche limitata nella sezione trasversa del midollo dorsale (cordone laterale) porta effetti immediati relativi alla motilità e alla sensibilità paralisi completa dell'arto posteriore omonimo, completa o incompleta dell'opposto — ottundimento della sensibilità in ambedue i lati). I reflessi sono indeboliti o scomparsi.

La sensibilità ritorna tre o quattro giorni dopo l'operazione (le vie spinali per la conduzione delle impressioni sensitive sono molteplici, parte delle stesse segue i cordoni posteriori e forse anche gli anteriori).

La alterazione della motilità va dopo 4 o 5 giorni scomparendo al lato opposto all'operazione, e si limita al corrispondente dove a poco a poco diminuisce (azione vicariante del cordone laterale opposto). I reflessi tendinei scomparsi od attutiti tosto dopo l'operazione si fanno poco dopo più spiccati specie al lato della stessa, perchè nei primi momenti per il trauma si attutisce la facoltà reflettoria del centro spinale, che poi ricuperandosi si esagera per la soppressione dell'attività cerebrale. Gli effetti vaso-motorii in seguito a lesioni unilaterali non sono negli animali ben riconoscibili. La guarigione non accade

per reintegrazione di fibre nervose ma per tessuto di cicatrice, e la funzione delle parti lese si ripristina per azioni vicarie delle parti sane.

Quanto al caso clinico esposto, l'Autore accenna la rarità delle ferite del midollo da punta e da taglio, non essendovi nulla che accennasse a frattura degli anelli vertebrali crede lo stromento feritore sia penetrato attraverso il corrispondente foro di coniugazione, e abbia leso il cordone laterale sinistro ricordando che nello stesso hanno sede oltre che le fibre motrici, anche gran parte di quelle sensitive e che compongono le vie cerebellari le quali a quanto pare hanno azione incrociata, e così è verosimilmente spiegata l'alterazione di sensibilità nell'infermo di cui si occupa. Una lesione del cordone posteriore di sinistra non spiegherebbe queste alterazioni di senso: è ormai accertato che le fibre delle radici posteriori una volta penetrate nel cordone posteriore omonimo, decorrono per il loro tratto spinale sempre nello stesse senza decussarsi al cordone posteriore opposto.

L'Autore poi riferisce a irritazione traumatica delle radici spinali, e a processi meningitici localizzati (segni di nevrite non vi furono) i dolori nevralgiformi e la distrofia. Alla lesione della sostanza grigia spinale, dice egli, se pure avvenne, non è da addebitarsi il fatto della atrofia, poichè anzitutto tale lesione è caduta troppo in alto per recare fenomeni sugli arti inferiori, nè di solito per la stessa si osservano fatti così isolati, (l'atrofia colpiva solo gli estensori della coscia sinistra).

VII. Bassi Ugo. — **Nevrite multipla consecutiva a febbre tifoide.** *(Riv. Veneta* 1887).

L'Autore al ricordo delle note cose intorno alla polinevrite aggiunge la storia di un caso da lui osservato in seguito a febbre tifoide. Il soggetto di questa storia è un muratore robusto, durante la convalescenza fu colpito da dolori alla mano sinistra che si irradiarono poi all'antibraccio, dapprima miti, poi più intensi e sempre più forti alla mano che all'antibraccio; tanto in corrispondenza dei muscoli che dei nervi v'era sensibilità squisita, con diminuzione di sensibilità tattile alla mano; più tardi si associò paresi degli estensori cosicchè la mano prendeva la forma ad artiglio. Nell'arto inferiore sinistro andavano svolgendosi fatti analoghi: senso di torpore e formicolio, dolori vivi al dorso del piede irradiantesi alla gamba e successivamente diminuzione di grado e di forza nei movimenti del piede. Quanto a disturbi trofici, vi fu leggiera ipertrofia nell'antibraccio e alle sure, i reflessi tendinei e cutanei rimasero normali, la reazione elettrica era sulle parti offese indebolita. In circa quattro mesi accadde il decorso e la guarigione. La metà destra rimase illesa.

L'Autore ascrive la fenomenologia alla polinevrite ammettendo però che il suo caso si scosti dalla sintomatologia comune per la presenza

dei riflessi e per la forma emiplegica (1), ma si conforta nella osservazione di Grocco e Fusari secondo i quali la assenza del fenomeno del ginocchio non è costante, e in una di Möbius in cui v'era anzi esagerazione di questo riflesso. Quanto alla forma emiplegica ricorda l'opinione di Buzzard che ammette questa stessa possibilità.

VIII. Mazzotti. — **Rammollimento dei peduncoli cerebrali in un caso di paralisi agitante.** (*Riforma Med.*, settembre 1887).

L'Autore ricorda l'incertezza dei clinici e anatomo-patologi sulla lesione materiale della paralisi agitante, e la opinione di Dubieuf che essa non sia una nevrosi e nemmeno una malattia a base anatomica localizzata ma che abbia nel cervello e nel midollo spinale alterazioni molteplici diffuse simili a quelle del tremore senile ma differente nel precoce insorgere e nell'intensità. Ricorda pure un caso di *paralisis agitans* riferito da Ordenstein che trovò assieme a molte altre alterazioni il rammollimento e l'atrofia dei peduncoli cerebrali.

Il malato osservato dall'Autore avea 70 anni ed era da *otto* sofferente per paralisi agitante (tremore cominciato nell'arto superiore destro, diffuso poi al sinistro e finalmente un pò anche agli inferiori, non v'era tremore al collo e alla testa loquela e intelligenza integre). Venne a perire per bronchite putrida ed edema polmonale. Oltre queste lesioni alla necroscopia si trovarono nel cervello lesioni a cui probabilmente la paralisi *agitans* non era dovuta quali, per es: aderenza della dura madre colla superficie interna del cranio, ateroma delle arterie della base leptomeningite acuta della volta, lieve diminuzione di consistenza nella sostanza cerebrale e spinale e una lesione tutt'altro che comune e frequente come le preaccennate cioè un rammollimento dei peduncoli cerebrali. Questi presentavano alla periferia uno strato di sostanza bianca normale e più profondamente una poltiglia omogenea color ruggine che formava una specie di astuccio tutto attorno al *locus niger* fra la parte alterata e la normale non si distingueva un limite preciso. Questo rammollimento comprendeva quasi tutta la porzione dei peduncoli che rimane scoperta, il grado di mollezza era presso a poco eguale in entrambi l'estensione un pò maggiore nel sinistro che nel destro. Ponte midollo cervelletto normali. L'Autore conclude: La sede simmetrica nei due peduncoli, la estensione presso a poco eguale in entrambi, l'aspetto omogeneo della poltiglia, il colorito simile a quello della ruggine sono caratteri i quali parlano abbastanza chiaramente in favore della sua natura infiammatoria ed indicano come dovesse risalire a parecchio tempo addietro nella vita dell'individuo. Quindi

(1) Ma è inoltre da osservare che anche possibili fatti di *miosite*, e la incompleta ricerca elettrica rendono pure un po' incerta la diagnosi.

Pennato.

crede che si possa dire che il rammollimento dei peduncoli era di natura inflammatoria e di data antica (1).

IX. BORDONI LUIGI. — **Ipertermia isterica periodica e orticaria concomitante.** *(Boll. sc. Med.*, Siena, anno IV).

L'Autore riferisce la storia di una malata istero-epilettica ventenne accolta nella Clinica di Siena, storia singolare per la ricorrenza accessionale di elevamenti termometrici a tipo nettamente terzanario, durante i quali si sviluppava l'orticaria e si aggravano tutte le sofferenze nevrosiche (cefalee, ostealgie, atralgie, ecc.). Uno di questi accessi fu preceduto da oscillazioni ritmiche di flessione ed estensione della mano destra, che si diffusero poi anche a sinistra, che potevano venir attenuate dalla volontà della paziente, che prima si esagerarono e poi scomparvero coll'ipnotismo. Durante il decorso si osservarono anche sputi sanguinolenti. Gli accessi di ipertermia (grado massimo 41,7) furono allontanati coll'amministrazione di bisolfato di chinina.

L'ipertermia, l'orticaria, lo sputo sanguinolento sono per l'Autore in questo caso fatti nevrosici. L'ammalata era nevrosica perchè in lei già sofferente di *isterismo locale traumatico* (trauma all'epigastrio seguito da zona iperestesica, dolore nevralgico, singhiozzo, vomito) si erano sviluppati accessi convulsivi per imitazione (vicinanza di una convulsionaria) e perchè era ben evidente il vantaggio alle sue forme nevralgiche colla metalloterapia.

Durante l'accesso ipertermico il polso diveniva più molle, più cedevole fatto che l'Autore ritiene indizio di diminuita tonicità e causa di aumento nella quantità del sangue circolante alla periferica con successivo rallentamento della velocità sanguigna (il polso durante l'ipertermia diminuiva infatti di 15 a 20 pulsazioni in confronto della frequenza ordinaria). Un fatto analogo nella circolazione intrarenale, era la causa secondo l'Autore dell'aumento della quantità dell'orina dopo l'accesso di ipertermia, e nota come importantissimo per metter in chiaro la differenza di questa ipertermia con una vera febbre che i materiali di riduzione organica non aumentavano dopo gli accessi di piressia. E perchè l'orticaria nel suo sviluppo seguiva a puntino le fasi di incremento acme e decremento della temperatura, e perchè è noto la facilità dei soggetti isterici di presentar l'orticaria, l'Autore ritiene anche tale forma cutanea di origine nevrosica. Ed a sostegno del suo modo di vedere ricorda la febbre nervosa ammessa da Borsieri, Andral, Trousseau e la divisione che fa Briaud delle febbri nervose che sarebbero di tre tipi, 1° lenta primitiva o secondaria, 2.° intermittente

---

(1) Non è accennato a ricerche istologiche sul midollo spinale per vedere se a questa lesione peduncolare sospettata così antica (la *paralisis agitans* datava da 8 anni!) avessero fatto seguito lesioni sistematiche.

PENNATO.

generalmente terzana, 3.° breve, d'andatura tifoide che segna il principio dell' isteria.

Quanto alla natura del disturbo vaso-motorio causa delle ipertermie l'Autore ammette non un fatto paretico o paralitico ma una eccitazione forte di tutte le fibre (costrittive e dilatatrici) del sistema vaso-motore: nei primi momenti il predominio era all'eccitamento delle fibre costrittrici (brividi di freddo) poi a quello delle dilatatrici (ipertermia, aumento di calore).

Anche lo escreato sanguinolento deve secondo l'Autore riferirsi ad un disturbo trofico vasomotorio. Egli cita in proposito fatti analoghi di Wagner, Delasiauve, Frank e Trousseau, le emottisi dovute a lesioni cerebrali (Ollivier, Hart, Washinghton e Carrè) e le apoplessie polmonari ed emottisi per la sezione sperimentale dei vaghi. — Quanto alla diminuzione di frequenza del polso essa dipendeva secondo l'Autore da eccitamenti del vago e del simpatico con predominante influenza del vago.

È notato espressamente che l'influenza malarica nel caso, era esclusa dall'anamnesi, della mancanza delle modificazioni nelle aree della milza e del fegato, e dall'esame del sangue.

X. Lemoine — **De l'epilepsie d'origine cardiaque, et de son traitement.** *(Epilessia d'origine cardiaca e suo trattamento)*. In: *Revue de Medicine*, 1887. N. 5.

Le cardiopatie per il disordine che apportano alla circolazione cerebrale possono produrre l' epilessia.

Questo che fino al presente fu ammesso in maniera vaga ed incerta è stabilito dall'osservazione dell'Autore. Littré parla di sintomi cerebrali prodotti dalle affezioni del cuor destro (cefalalgia, vertigini, insonnia, convulsioni nei giovani). Delasiauve sospettò l'epilessia qualche volta essere in relazione con sintomi cardiaci, e trovò vantaggiosa la amministrazione della digitale. Anche Gowers crede che la cardiopatia possa in qualche caso esser la sola causa dell'epilessia. Lépine ha pure richiamato l'attenzione su una varietà di epilessia dovuta alla congestione cerebrale in individui molto sanguigni in seguito ad abusi di dieta, e in questi casi trovò utile la digitale, come pure egli vide un tisico che era colpito da vertigini e da perdita di coscienza, durante i lunghi colpi di tosse che gli facevano cianotica la faccia.

Rénaut cita il caso di un giovane di tredici anni affetto da stenosi mitrale e da lipotimie, terminate spesso con convulsioni: questi accidenti erano tolti prontamente dalla posizione supina.

L'Autore distingue nei cardiopatici un' epilessia prodotta da congestione, e una prodotta da anemia. Dà la storia di un uomo di trentacinque anni affetto in seguito a poliartrite da insufficienza e stenosi mitrale. In seguito a una forte emozione, fu colpito una volta da vertigine, e cadde a terra. Poi gli accessi si ripeterono frequentemente

qualche volta completi con caduta a terra, per lo più semplicemente consistenti in vertigini con e senza perdita di coscienza, sempre però preceduti da un senso di oppressione al petto e da cardiopalmo. La vertigine poi, si produceva ogni volta che l'ammalato si metteva supino. La digitale, e il decubito in posizione semieretta fecero scomparire definitivamente gli accessi che l'Autore riferisce alla varietà *congestiva*. Lo stesso successo terapeutico fu ottenuto dall'Autore in un secondo caso molto analogo del quale pure riferisce la storia.

Invece le lesioni aortiche determinando l'anemia cerebrale, possono pure produrre l'epilessia.

Questo è pure dimostrato dalla storia clinica riferita dall'Autore. Si tratta di un operaio di 21 anni che non ebbe reumatismo, ma pare sia stato affetto dalla scarlattina, sofferente cardiopalmo sino dall'età di 12 anni, a quindici in seguito a spavento ebbe il suo primo attacco epilettico che si ripetè poi frequentemente, preceduto sempre da costrizione al petto, ansia precordiale, cardiopalmo. Presentava il cuore molto ipertrofico e insufficienza aortica. In media egli aveva in un mese, trenta accessi, la picrotossina li ridusse a 18, e poi a 12 in un mese, ma la caffeina li fece scomparire per il tempo in cui rimase ancora in osservazione dell'Autore (22 giorni), durante il quale non vi fu neanche una vertigine. Ecco come l'Autore descrive gli accessi di questo paziente. Dopo i prodromi accennati, aumenta il cardiopalmo, l'ammalato vede girare tutti gli oggetti d'attorno, ha ronzio d'orecchi, perde conoscenza e cade. Spesso dopo l'aura, non prova che una vertigine senza caduta. In questi momenti il suo aspetto sempre pallido, diventa pallidissimo, le labbra scolorate. Durante tutto il periodo tonico persiste il pallore del viso, e non si nota mai cianosi nè congestione. Gli spasmi clonici son poco marcati e spesso mancano.

Fra la momentanea vertigine, e la sincope mortale estremi degli effetti da anemia nei cardiopatici, vi è dice l'Autore, una serie di altre manifestazioni che costituiscono tra l'una e l'altra una gradazione. Talora è l'epilessia, talora accessi isteriformi: a proposito di questi ultimi narra due osservazioni, appartenenti ad Armaingaud delle quali in una si tratta di un uomo affetto da stenosi aortica e insufficienza mitrale, che presentava vertigini, senso di vuoto alla testa, e in seguito accessi convulsivi clonici senza perdita di coscienza, senza schiuma alla bocca, senza cianosi terminantisi con singhiozzo e pianto; furono vinti colle iniezioni ipodermiche di morfina; allora scomparvero anche le vertigini. Nell'altra osservazione si tratta pure di un uomo affetto da stenosi e insufficienza aortica che presentava accessi analoghi, con questo di particolare che insorgevano sempre in posizione eretta e furono vinti colla digitale.

La caratteristica di questi accessi che insorgono come osserva l'Autore, in cardiopatici con predisposizione nervosa, sarebbe che gli accessi per lo più sono incompleti, che sono preannunciati da un'aura

lunga, costituita da fenomeni riferibili al centro circolatorio, e che scompariscono o diminuiscono d'assai coll'uso della digitale.

XI. Bollinger. — **Ueber die idiopathische Hypertrophie und dilation des Herzens.** *(Sulla ipertrofia idiopatica e dilatazione del cuore).* In: *Deut. Med. e Zeit.*, 1887, N. 50.

L'Autore dalle molte osservazioni fatte nell'Istituto di patologia di Monaco, risolve affermativamente la questione dai più lasciata indecisa, sulla possibilità di una idiopatica ipertrofia e dilatazione del cuore. Alle dissertazioni di Schmidbauer e Athmann in cui sono registrate in base di esatte misure, e pesature le sue conclusioni, aggiunge il reperto di 42 casi di cui fece la necroscopia dal I.° marzo 1883 al primo marzo 1886, di questi, 38 erano uomini e 4 donne, l'età media 43 anni, il peso del cuore in media 535 grammi e il peso del corpo in media 71 chilogrammi. I casi in cui assieme all'ipertrofia idiopatica v'erano malattie acute o croniche, sclerosi arteriosa, adiposi cardiaca, endocardite valvolare cronica, furono esclusi, cosicchè i 42 casi sono da riguardarsi come casi puri di questa affezione. Durante la vita, si era osservato in essi il quadro della debolezza cardiaca, con ingrandimento del cuore senza vizii valvolari. Normalmante v'è un gramma di muscolo cardiaco per ogni 216 grammi di peso del corpo, nei sopra citati casi il rapporto era divenuto 1 a 132, i cuori erano dunque in media grandi un terzo più del normale. Anche la diagnosi di dilatazione venne fatta in base a dirette misurazioni. Le osservazioni vennero fatte su individui di età inferiore ai 60 anni, perchè oltre questa età si trovano facilmente senili complicazioni, che rendono difficile il giudizio se si tratti di casi puri o no. L'Autore trovò ipertrofici tutti due i ventricoli, le fibre muscolari non mostravano al microscopio alterazioni, o solo insignificanti, valvole normali, ostii venosi dilatati fino alla insufficienza relativa delle valvole, arterie dilatate, pletora e stasi. Si trattava per lo più di soggetti robusti muscolosi con abbondante pannicolo adiposo. La malattia per contrario di quanto avviene nei vizii valvolari decorreva acuta e peracuta senza elevamento per lo più con abbassamento di temperatura. La causa per cui la malattia si osserva così frequentemente in Monaco, è il consumo enorme di birra e lo stato pletorico. La birra agisce in tre modi: per l'alcool, per la grande quantità di liquido introdotto, per le sue sostanze nutrienti ed è da aggiungere che i bevitori di birra specialmente in Monaco, mangiano bene qualitativamente e quantitativamente. Nei gran mangiatori potrebbe anche l'abuso del vino portare gli stessi effetti, mentre questi non accadono nei bevitori di acquavite che per lo più hanno alimentazione non troppo ricca. Gli sforzi muscolari hanno secondo l'Autore come momento etiologico, secondaria importanza; l'eredità vi ha parte in ciò, che si ereditano costituzione ed abitudini di vita. Le ripetute gravidanze non portano a questa affezione, ma invece vi

contribuiscono gli eccitamenti psichici e le malattie nervose (epilessia, ecc.). L'Autore decisamente nega che acute infezioni e reumatismo acuto specialmente, conducano alla ipertrofia idiopatica.

Le cause di morte in questa malattia sono per lo più la insufficienza cardiaca, la cui insorgenza è ancora oscura e che in mancanza di lesioni anatomiche deve venir riguardata come funzionale, forse la lesione senile secondaria che porta con sè la diminuita diuresi e aumenta la pletora ha parte nel determinare la insufficienza letale del cuore.

XII. Borgiotti e Bordoni. — **Due casi di ritmo cardiaco periodico.** (*Boll. scienze med.* Siena Anno V. N. I).

Il primo caso si riferisce ad un vetturino d'anni 49 accolto nella clinica per insufficienza mitrale con degenerazione grassa del cuore. Presentava accessi caratterizzati da rotazione dei bulbi oculari, agitazione degli arti dispnea, seguita da apnea. In uno di questi accessi durato cinque ore lo sfigmogramma presentò pause assai prolungate (arresto diastolico del cuore) seguite da gruppi di pulsazioni gradatamente più valide.

Nel secondo caso si tratta di un uomo di 60 anni accolto in clinica per insufficienza mitrale con fatti emiplegici da rammollimento cerebrale.

Egli presentò accessi di emiepilessia dal lato paralitico, accessi che erano seguiti da una alterazione del ritmo cardiaco consistente in questo che a periodi il cuore presentava due o più pulsazioni immediatamente successive cui seguiva un intervallo distinto prulungato generalmente quanto il gruppo e seguito a sua volta dalla nuova produzione dei battiti.

Questo fatto durava da 20 a 30 secondi, dopodichè cessava per dar posto a contrazioni ritmicamente continue molto irregolari e ineguali che quà e là abbozzavano la produzione di gruppi senza però arrivar mai a darne la forma caratteristica. Continuavano così per vario tempo (fino anche 40 secondi) e poi nuovamente si ripristinavano i gruppi cogli stessi caratteri degli antecedenti e cessavano poi d'un tratto per la produzione delle contrazioni ritmiche continue. Il gruppo era quasi sempre costituito da due pulsazioni complete delle quali la prima assai sviluppata, la seconda più piccola, talvolta da tre o quattro pulsazioni o tutte eguali fra loro o la prima era più alta, oppure eccezionalmente erano gradualmente più sviluppate le due prime e l'ultima lo era meno.

Gli Autori osservano che in queste caso il reperto cardiografico riproduceva sempre rivoluzioni cardiache complete e non si trattava quindi di sdoppiamento delle azioni ventricolari nè di un crotismo diastolico. Era un ritmo periodico con gruppi costituiti prevalentemente da due battiti decrescenti (polso bigemino alternante di Traube).

Essi ritengono questo fatto intimamente legato alla cardiopatia e alle condizioni dell'innervazione propria del cuore e notano la coinci-

denza di esso con la presenza di un respiro pure periodico (Cheyne Stokes).

XIII. Potain. — **Du diagnostic de la péricardite rhumatismale aigue avec épanchement.** *(Del diagnostico della pericardite reumatica acuta con versamento).* In: *Revue de Médecine*, ottobre 1887.

La diagnosi di pericardite per lo più è molto facile: in alcuni casi in cui non si è potuto sorvegliare l'andamento dei sintomi può presentare difficoltà e l'Autore espone una rivista critica della sintomatologia di questa forma morbosa.

L'elevazione della temperatura non è costante, essa può far sospettare questa che è la più frequente complicazione del reumatismo quando esiste, senza che la fenomenologia presentata dalle articolazioni giustifichi l'aggravarsi della febbre. Il dolore secondo Sibson esiste soltanto sette volte su dieci, per lo più si manifesta come molesto senso di peso e di oppressione ai precordii, molestia che si fa maggiore alla pressione, qualche volta è una vera iperestesia della regione precordiale. È pure molto frequente il dolore all'epigastrio, bottone diaframmatico di Guenau de Mussy, oppure lungo tutto il decorso del frenico: in alcuni malati vi sono dei veri accessi dolorosi (angina di petto reumatica, Peter). La dispnea può esser prodotta o dall'intenso dolore, o dal versamento abbondante, la *disfagia* che è pure rara nel corso della pericardite può essere dipendente da irradiazione dolorosa provocata dal passaggio del bolo alimentare nell' esofago, o dall' abbondante versamento. Il polso nella pericardite è frequente, ma non si mostra irregolare che in casi eccezionali, il polso paradosso non ha grande importanza (1); la distensione delle giugulari dipende dalla quantità del versamento che fa compressione sulle orecchiette facilmente compressibili. Secondo Sibson l'irregolarità delle pulsazioni del cuore associata a debolezza dei battiti e tendenza a lipotimia è indizio di versamento abbondante.

Più utili per la diagnosi sono i segni desunti dalla percussione e dall'ascoltazione. Quì l'autore descrive i caratteri del romore di sfregamento, quanto alla designazione del tempo in cui avviene critica la denominazione di Gubler, secondo il quale il romore si trova *a cavallo* dei toni cardiaci, quella di Sibson secondo il quale il romore sta *daccanto* ai toni e preferisce la denominazione di *mesosistolico, mesodiastolico* e *presistolico*. È la varietà presistolica che costituisce il romore

---

(1) L'Autore dice che il polso *paradosso* (diminuzione dell' espansione arteriosa durante l' inspirazione), è il fatto inverso di quanto accade normalmente (!).
Pare che gli siano ignoti i lavori di Riegel in proposito, e specialmente quello di Sommerbrodt: *Gegen die Lehre von Pulsus paradoxus.* («Berl. klin. Woch.»), 1887. Pennato.

di galoppo, che secondo l'Autore è prodotto da un *choc* diastolico o presistolico aggiunto ai toni normali del cuore. Questo *choc* presistolico della pericardite si distingue da quello della nefrite intestiziale per l'intensità minore, ma oltre che questa maggior intensità v'è nella nefrite l'ipertrofia cardiaca con abbassamento della punta del cuore, l'aumentata tensione arteriosa, l'accentuazione del 2.° tono aortico, i segni renali.

Nella pericardite, secondo l'Autore, il miocardio avendo perduto in seguito all'infiammazione del foglietto viscerale pericardico della propria tonicità, lascia affluire il sangue, senza ostacolo, nella cavità ventricolare, fino al momento in cui la replezione di questa distende repentinamente la sua parete, e da questa tensione deriva un *choc* presistolico. V'è un romore di galoppo anche nella dilatazione del cuor destro prodotta da disturbi gastro-intestinali, ma il suo massimo di intensità corrisponde al ventricolo destro, apparisce improvvisamente, è transitoria, accade in soggetti dispeptici, senza febbre, sotto l'influenza di una esagerazione degli accidenti gastrici, in oltre v'è la accentuazione manifesta del secondo tono del cuore alla polmonale. Anche nei tifosi v'è qualche volta romor di galoppo, ma qui il quadro della malattia, allontanerà ogni possibilità di errore.

L'Autore passa quindi alle modificazioni dell'ottusità del cuore, cita le discordi opinioni dei trattatisti sulla forma della ottusità nei versamenti pericardici, piriforme per alcuni, piramidale per altri, piramide che secondo alcuni ha la sommità in alto, secondo altri, fra cui Oppolzer, l'ha in basso, ed oltre che incerta questa figura dell'ottusità, è improprio in ogni caso paragonarla alla figura di un solido, quale la piramide mentre si tratta di limitazione di superficie.

Tanto l'ottusità assoluta (parte scoperta dai polmoni) che la relativa del cuore, subiscono nei versamenti pericardici singolari mutamenti. Di questi l'Autore dà quattro diagrammi presi in un malato di cui brevemente ricorda la storia. Lo studio accurato dell'ottusità del cuore durante il decorso della pericardite manifesta secondo l'Autore le 4 fasi successive, seguenti:

1.° Fase di pericardite secca accompagnata da sfregamento e *dilatazione leggiera* del cuore, ordinariamente transitoria.

2.° Fase di versamento crescente caratterizzata dall'elevarsi progressivo del limite superiore dell'ottusità, dalla dilatazione e arrotondamento della zona ottusa verso la punta sternale con produzione dell'intaccatura (*encoche*) di Sibson, dall'aumento proporzionalmente molto considerevole della porzione scoperta, la mattezza della quale assume una forma analoga, infine dall'estensione della ottusità al disotto del limite in cui sono percettibili i battiti cardiaci. Secondo l'Autore la linea data da Sibson, sarebbe caratteristica: si tratta di una incavatura, di un rientramento nel terzo superiore della linea corrispondente al bordo sinistro della ottusità precordiale (*encoche* de

Sibson), secondo le esperienze di Sibson questa deformità della linea di ottusità si ha quando il pericardio (adulto) contiene almeno 420 grammi di liquido. L'Autore crede che i segni più preziosi per la diagnosi di versamento intrapericardico che permettono di differenziare questo spandimento da dilatazione delle cavità cardiache consistano nell'aumento predominante della ottusità assoluta, data dalla parte scoperta del cuore, e nella forma speciale della mattezza precordiale nel suo assieme (forme embrioche) dovuta alla intaccatura di Sibson. Nel caso di cui egli fa la storia l'area di ottusità relativa, dal sedicesimo al ventunesimo giorno di malattia, era cresciuta da 136 centimetri quadrati a 200, mentre nello stesso periodo, quella dell'ottusità assoluta era cresciuta da quindici centimetri quadrati a centoventi.

3.° Fase di versamento decrescente con ritorno progressivo della ottusità precordiale verso la forma e i limiti normali.

4.° Fase di dilatazione consecutiva risultante dalla debolezza del miocardio, manifestantesi con l'abbassamento e la deviazione in fuori dell'ottusità della punta del cuore. In questa fase vi è specialmente dilatazione delle cavità destre, può esser così considerevole da produrre insufficienza funzionale delle valvole, fatto segnalato già da *Hayem et Gilbert*, il più spesso però trattasi di dilatazione passeggiera.

XIV. RIVALTA. — **Mediastino-pericardite fibrosa con pleurite essudativa bilaterale e peripleurite.** (*Morgagni*, maggio, 1887).

In un malato d'anni 33, studiato nella clinica del prof. Federici, per la complessa sintomatologia che presentava si discussero successivamente varie diagnosi: alcuni fatti deponevano per una epatite in primo stadio, altri facevano sospettare una affezione endotoracica (pleuro-pericardite, aneurisma, tumore del polmone e delle glandule linfatiche). Essendosi però nello studio dei sintomi trovato anche il polso paradosso e la turgescenza *inspiratoria* delle vene del collo, si portò il pensiero alla mediastinite fibrosa, ma essendosi fatta l'osservazione che polso paradosso e turgore venoso scomparivano dopo la toracentesi si escluse la mediastinite e stabilì la diagnosi di pleurite a concamerazioni con peripleurite fibrosa. Alla necroscopia si trovò la pleurite essudativa bilaterale con peripleurite e mediastino pericardite fibrosa.

L'Autore riassumendo gli insegnamenti portati dallo studio di questo caso, conclude:

1.° Il polso paradosso nella mediastino-pericardite non sempre è dovuto al meccanismo descritto da Griesinger e Kussmaul (trazione inspiratoria) ma quando la pleurite essudativa complica la mediastino-pericardite, può il polso intermittente riconoscere come principale causa efficiente l'essudato pleurico, che agisce sia per compressione sul cuore durante la fase inspiratoria, sia indirettamente sull'aorta per pressione parimente inspiratoria dell'essudato sulle lamine del mediastino, e quindi pei vasi contenutivi.

2.° Il polso paradosso della mediastino-pericardite complicata a pleurite, può essere nei rapporti di tempo e di intensità talora assai incostante, e presentare delle semplici oscillazioni in più o in meno, fino la completa scomparsa periodica del fenomeno.

3.° La mediastinite callosa è con sicurezza accessibile alla diagnosi quando oltre al polso paradosso vi è la turgescenza inspiratoria delle vene del collo, che si potrebbe chiamare turgescenza paradossa delle giugulari.

4.° Nella mediastinite, la cianosi del volto può rendersi più evidente durante ogni atto inspiratorio.

5.° La mediastinite callosa oltre al presentarsi sotto forma di cordoni fibrosi, si può presentare come neoformazione di connettivo ispessito circondante pericardio e per lungo tratto i grossi vasi e i nervi mediastinici.

6.° Non solo i tumori endotoracici, e i versamenti saccati possono in dati casi produrre un sollevamento del torace circoscritto, ma dati speciali elementi meccanici (nel caso descritto: spostamento in alto del polmone, compressione dall'avanti all'indietro per abbondante liquido essudato, e per aderenze fibrose) il polmone stesso purchè permeabile all'aria può indurre in tempo anche breve una turgidezza circoscritta del torace laddove è confinato, e scoliosi della colonna vertebrale.

7.° La febbre intermittente quotidiana con cui talvolta esordisce la malattia indica i rapporti etiologici esistenti fra la mediastino-pericardite e la febbre da malaria.

In ultimo l'Autore ricorda il nome di Pietro Salio Diverso che pel primo studiò e descrisse gli ascessi del mediastino e del pericardio, (secolo XVI).

XV. Bart et Tellier. — **Du retablissement de la mobilité du coeur dans le symphyse totale du péricarde.** (*Del ristabilimento della mobilità del cuore nella sinfisi totale del pericardio*). In: *Revue de Médecine*, 1887, N. 5.

Gli autori hanno osservato un caso del quale danno la storia clinica e il reperto anatomico, in cui non essendovi sinfisi totale era possibile spiegarsi il meccanismo per cui nel cuore fosse possibile il movimento necessario alla funzione, ricerca che d'ordinario non ha preoccupato nè clinici nè anatomici.

Si tratta di una donna di 40 anni, da cinque sofferente dispnea e cardiopalmo; presentava edemi agli arti inferiori, ottusità del cuore aumentata, impulso della punta non percettibile, non rientramento sistolico toni normali, albuminuria. In seguito colpita da pleurite, morì. alla necroscopia si trovò: sinfisi cardiaca per pericardite cronica, probabilmente datante da sei anni, sclerosi del miocardio secondaria, senza lesioni d'orifizii, pleurite acuta sinistra, fegato, polmoni reni con

alterazioni identiche a quelle dei cardiopatici. Il cuore era un po' ipertrofico, forse perchè la sclerosi consecutiva alla pericardite avendo invaso il miocardio questo doveva vincere maggiori resistenze.

Il pericardio era saldato in tutta la sua estensione, ma il foglietto viscerale era separato dal cuore per uno strato di tessuto connettivo lasso carico di grasso e il foglietto parietale era separato dagli organi vicini per un secondo strato della stessa natura, ma di minor spessore. Questo strato adiposo era però sviluppato soltanto a livello dei ventricoli, e quanto più si procedeva verso la punta, questo tessuto lasso, secondo gli Autori costituiva una specie di sierosa, facilitava il movimento dei ventricoli: così erano in parte corretti gli effetti della sinfisi e questa lesione ha potuto lungamente protrarsi.

Tale meccanismo non si ha in tutti i casi di sinfisi, dove la sinfisi totale ha aderenze molli i movimenti sono sufficientemente conservati senza supplenze patologiche di alcuna natura.

In altri casi il foglietto viscerale del pericardio è intimamente aderente al cuore e specialmente ciò accade nelle endopericarditi, ma allora è raro di trovare aderenze dei due foglietti del pericardio così compatte e solide come quelle del caso osservato dagli Autori.

XVI. Petrone. — **Sull'ipertrofia cardiaca nella nefrite cronica.** (*Morgagni*, settembre, 1887).

Debove, Letulle, Martin, avevano stabilito che l'ipertrofia del connettivo che si rinviene nel cuore ipertrofico in seguito a nefrite cronica interstiziale sia la causa più probabile dell'ipertrofia del cuore. L'Autore avea confermate con proprie ricerche questa teoria.

Essa era contraria a ciò che Traube avea stabilito, cioè dipendesse l'ipertrofia del cuore dalla obliterazione delle arterie del rene sclerosato.

Osservazioni ulteriori hanno dimostrato all'Autore che non sempre nelle nefriti croniche interstiziali l'ipertrofia del cuore è dovuta alla iperplasia connettivale. Egli narra infatti partitamente, il reperto anatomico di un caso di nefrite cronica parenchimatosa (mista) con ipertrofia del cuore, nel quale la miocardite interstiziale mancava. E questo mancava pure nell'ipertrofia del cuore presentata da un altro caso di nefrite gottosa, del quale pure l'Autore dà la storia. Anche in una ipertrofia del cuore concomitante la pielonefrite, mancava la miocardite interstiziale, e per questo l'Autore conclude che la sclerosi del cuore nella nefrite cronica non è causa determinante l'ipertrofia ma come la sclerosi del fegato, del polmone, dello stomaco, del cervello è l'esponente di una distrofia speciale diatesica, che secondo Gull e Sutton sarebbe dipendente dall'arterite capillare fibrosa. Da ultimo l'Autore cita due casi osservati dal prof. Foà, dimostranti che una miocardite interstiziale può rinvenirsi anche nelle dilatazioni generali del cuore concomitanti un rene affetto da grave arteriosclerosi.

XVII. Maragliano. — **Polmoniti fibrinose con decorso atipico.** (*Riforma Medica*, 249, 250, 1887).

Poche forme morbose presentano nel loro decorso tante varianti quante la pneumonite fibrinosa. La pubblicazione dell'Autore è una nuova dimostrazione di questo concetto: è una raccolta di casi clinici brevemente descritti nelle particolarità che li discosta dal tipo comune. Un primo gruppo di casi è specializzato dalla completa apiressia durante tutto il decorso, dal quadro eccezionalmente lieve della sintomatologia.

L'età degli individui colpiti fu tra i 15 e i 64 anni.

In un altra serie di casi si è notata una vera e propria recidiva del processo pneumonico, quando già era confermata la convalescenza.

Sono sei ammalati nei quali dopo la crisi, vi furono nuovi focolaj pneumonici accompagnati e rivelati da improvvisi rialzi della temperatura; tutti guarirono. In un altro malato, di 19 anni, in quinta giornata di pneumonite fibrinosa del lobo superiore sinistro con decorso regolare, senza aumento di temperatura, si notò un nuovo focolaio al lobo inferiore destro: seguì la guarigione in 14.ª giornata.

In altri casi vi furono singolarissime anomalie nel decorso della febbre. In un giovanetto di 12 anni con pneumonite alla base del polmone sinistro, la febbre fu completamente intermittente: al mattino 37, alla sera 40, e dopo sette giorni scomparve. Lo stesso fatto della intermittenza della febbre fu osservato in altri malati di pneumonite, in alcuni la durata della febbre fu di sei giorni, in altri la febbre e la epatizzazione durarono molto più, fino a 40 giorni.

In un certo numero di infermi la risoluzione fu oltremodo lunga e stentata. In un facchino di 24 anni, la febbre scomparve in nona giornata, ma la risoluzione del processo locale non era completa che in 43.ª giornata. (Il malato avea presentato fenomeni di grave asfissia ed era stato salassato). Anche in altri casi si osservò lo stesso fatto della lentissima risoluzione locale, mentre la febbre era caduta molto prima (dal 7.° al 25.° giorno di malattia).

Un altro caso fu notevole per la eccessiva durata del periodo prodromico. Si tratta di un uomo di trent'anni accolto in clinica dopo sei giorni di sofferenze: l'esame fisico dimostrò solo in nona giornata un focolajo pneumonico alla base del polmone sinistro. Nel giorno successivo si manifestò la febbre che raggiunse i 40, e scomparve dopo 24 ore il focolajo pneumonico poi si è risolto completamente.

In un altro, affetto da pneumonite alla base del polmone destro la malattia esordì e si svolse regolarmente, solo fecero difetto assolutamente la tosse e l'espettorato, la febbre cadde in 7.° giorno per crisi, e la guarigione fu sollecita. In un facchino di 22 anni la malattia esordì con emottisi abbondante, l'ammalato era robusto, nato da parenti sani.

In un muratore di 19 anni, la polmonite esordì e si svolse colla fenomenologia caratteristica, solamente vi fu assoluta mancanza di espet-

torati caratteristici, che comparvero appena al 7.° giorno, all'ottavo si ebbero la defervescenza critica, e sollecita guarigione.

In un altro caso vi era febbre e tosse con espettorato caratteristico; l'esame fisico soltanto all'ottavo giorno manifestò un focolajo pneumonico al lato superiore sinistro. La febbre cadde per crisi in decima giornata e il focolajo si è risolto sollecitamente.

Un uomo d'anni 35 fu accolto in clinica per poliartrite acuta. In sesta giornata ebbe brivido intenso, tosse e dolore puntorio e l'esame fisico manifestò pneumonite fibrinosa doppia alla base. Il decorso fu regolare.

XVIII. De Giovanni. — **Sulla tisi polmonare.** (*Morgagni*, settembre 1887).

La sentenza di Brehmer, che non si istituiscono nelle Università medici opportunemente per curare la tisi polmonare, diede argomento a De Giovanni di pubblicare una sua lezione clinica in proposito. Egli ritorna brevemente sui concetti patogenetici già svolti in altro lavoro, dimostra che dopo la scoperta di Koch si è un po' troppo lasciato in disparte lo studio delle predisposizioni individuali, senza di cui l'azione del bacillo viene a mancare. Nei predisposti alla tisi polmonare vi è predominio del sistema linfatico, anomalia di sviluppo del sistema vascolare, speciale attitudine del sistema nervoso.

L'Autore, ammettendo pure in via generale quanto Rokitansky e Beneke annunciarono sulla piccolezza del cuore e la strettezza dei vasi nei predisposti alla tisi, ripete che in ogni individuo vi sono stati morfologici speciali, ai quali bisogna pur rivolgere l'attenzione nell'intento profilattico e terapeutico. Questo è dimostrato dalle seguenti considerazioni:

a) nei diversi individui l'organismo offre varianti di forma a cui corrispondono altre varianti nella speciale organizzazione;

b) il torace può esser cilindrico, stretto, ampio, quindi la capacità respiratoria è diversa;

c) il cuore presenta interessanti varietà di forma e di funzione, quindi l'idraulica è diversamente mantenuta nelle diverse parti del corpo;

d) il sistema arterioso che in generale corrisponde allo sviluppo del cuore sinistro, presenta varianti che alla lor volta influiscono sulla generale e parziale circolazione;

e) il sistema delle vene si vede in alcuni molto, in altri meno sviluppato, e negli stessi individui si osservano differenze tra parte e parte del corpo;

f) il sistema linfatico sì nel generale organismo, sì nelle sue parti sta in rapporto col minimo di sviluppo delle arterie, e col massimo di sviluppo delle vene;

g) la capacità dell'addome è pure differente, considerata in rapporto col resto dell'organismo nei diversi individui;

h) il fegato, organo importantissimo, offre gradi differenti di sviluppo;

i) la capacità digerente si uniforma a speciali condizioni morfologiche dell'addome;

j) la condizione della crasi sanguigna è pure in rapporto colle anzidette varianti morfologiche. E quindi l'Autore, dimostrata anche la necessità di istituire ricerche di fisiopatologia che facciano conoscere in un determinato tipo morfologico come si comportano le varie funzioni, passa al programma profilattico e terapeutico, in relazione alle preaccennate considerazioni. La profilassi è diretta a far l'organismo resistente alla influenza del bacillo. A questo scopo bisogna studiare l'organismo, adattandogli la ginnastica, l'idroterapia, la dieta, secondo i suoi speciali bisogni, ricordando che ogni uomo è una speciale varietà organica. Speciale attenzione convien portare alle influenze che dall'addome si riflettono tanto facilmente sulle condizioni toraciche; nè minor studio deve portarsi all'asercizio delle funzioni psichiche il cui abuso è dannosissimo.

Quanto alla cura della tisi essa riposa su due principii: combattere la moltiplicazione e la vita delle colonie bacillari, e a questo scopo si vanno ogni giorno praticando nuovi tentativi, e riparare al logorio dell'organismo. Quest'ultimo scopo si ottiene togliendo la febbre, modificando le condizioni circolatorie dell'organo malato, migliorando la nutrizione. Ma anche nel seguire questo programma bisogna ricordar sempre la speciale individualità. La febbre, per esempio, è da varie cause nei diversi soggetti determinata, e a seconda di esse deve esser trattata. L'Autore distingue:

a) una febbre iniziale catarrale che non cede al chinino, che si modifica con questo o con altri antipiretici, ma che si sospende quando è esaurito il processo catarrale, con cui si inizia in alcuni casi la malattia;

b) febbricciattola vespertina che nelle persone eretistiche seconda le condizioni delle vie digerenti per lo più anormali, si modifica curando prima la complicazione, poi col chinino;

c) febbre saltuaria non spiegata dall'esacerbarsi o estendersi del processo morboso, forse dipendente da disordini, sovreccitazioni psichiche;

d) febbri o febbrette frequenti che si manifestano con aumento di fenomeni locali, spesso con emoftoe, che si dissipano spontaneamente, e contro le quali gli antipiretici non hanno razionale indicazione;

e) febbri giornaliere remittenti o intermittenti, che accompagnano le prime evoluzioni della malattia, che talvolta si sospendono col chinino, ma si riaccendono ogni volta che il paziente abbandona il letto;

f) febbre che si ripete senza che ne abbia speciale sofferenza il malato, che continua ad appetire, a digerire, a nutrirsi in modo soddisfacente, possono essere ribelli al chinino e suoi succedanei, oppure rinnovarsi quando se ne arresta l'amministrazione;

g) febbri da autoinfezione, che accompagnano le fasi distruttive.

Nelle diverse modalità febbrili ha, dice l'Autore, parte non incerta lo stato della innervazione vaso-motoria, ed è modificando questo, che spesso si toglie la febbre. Così l'Autore adopera spesso vantaggiosamente ergotina (1 grammo), tintura di valeriana (gr. 5-10) in acqua aromatica, a cucchiajate durante l'apiressia. Altre volte il bagno generale solforoso, qualche volta le aspersioni aromatiche, le iniezioni ipodermiche di stricnina.

Per modificare le condizioni circolatorie dell'organo ammalato, adopera le rivulsioni cutanee (specialmente olio di croton), la ergotina per uso interno, sola o con chinina, ed estratto di fava del Calabar. Inoltre dà il precetto di sorvegliare scrupolosamente le condizioni addominali non solamente per curare l'andamento della digestione, ma per il più regolare mantenimento dell'innervazione vascolare. Per migliorare la nutrizione, non basta suggerire una dieta lauta, ma la dieta appropriata. La nutrizione forzata non è da consigliarsi, meglio è rafforzare la digestione degli alimenti preferiti, i mezzi di cui difettano i singoli ammalati (pepsina, pancreatina, ecc.). In qualche caso poi è d'importanza fondamentale il cambiamento del clima.

E dopo ciò, dice l'Autore, concludendo il suo lavoro, bisogna essere convinti che la nostra cura gioverà potentemente sopra individui i quali sono in via di trasformazione morfologica, perchè quando arrivano alla guarigione, ciò che si effettua lentamente, presentano dei mutamenti che la sola cura non può effettuare, ma che sono l'effetto della spontanea, e in parte favorita evoluzione dell'organismo.

XIX. Landouzy. — **Tuberculose du premier âge.** (*Tubercolosi della prima età*). In: *Revue de Médecine*, 1887, N. 5.

L'Autore richiama l'attenzione dei medici, igienisti, patologhi, economisti, sulla tubercolosi della prima età che non deve considerarsi più come una rarità clinica, una curiosità di anatomia patologica, perchè le osservazioni da lui fatte dimostrano che è invece molto frequente, tanto che nel brefotrofio da lui diretto, dal primo gennajo 1887 al 17 aprile, su 23 decessi, vi furono sette tubercolosi, il più giovane al momento della morte avea 6 settimane, il più vecchio un anno.

L'Autore dà le storie cliniche di questi sette casi, osservando che tutti erano già malati quando furono portati al brefotrofio, e non si tratta quindi di una infezione nosocomiale.

I. Sei settimane di età, tosse da un mese, segni di broncopneumonite della base destra, madre affetta da incipiente lesione cronica agli apici. Alla necroscopia: gangli dell'ilo destro ingrossati, grigio-rosei, broncopneumonite al lobo inferiore destro, gangli dell'ilo sinistro caseosi, infiltrazione grigio-giallastra dalla parte inferiore del margine posteriore del lobo superiore del polmone sinistro, infiltrazione grigia nodulare del lobo superiore sinistro. Nel fegato ammassi di cellule em-

brionali di natura verosimilmente tubercolare, spazii portali infiammati, che formavano all'intorno chiazze di connettivo. Nella milza sette granulazioni tubercolari tipiche.

II. Bambina di due mesi di età, condotta all'Ospitale colla diagnosi di atrepsia, presentava febbre continua e dispnea (madre affetta da lesione polmonale cronica). Alla necroscopia si trovarono nei polmoni granulazioni tubercolari diffuse, e noduli caseosi, gangli caseosi, granulazioni tubercolari sulla capsula di Glisson, e dentro la milza, granulazioni sotto-mucose nell'ultima porzione del tenue, e ulcerazioni superficiali grosse come la testa di uno spillo.

III. Bambina di tre mesi (madre tubercolosa) magra, febbricitante, dispnoica, con segni di broncopneumonite sinistra, morte dopo uno stato convulsivo. Alla necroscopia presentò tubercolosi ganglionare, polmonare splenica, renale, meningea.

IV. Bambina di sei mesi (fratello morto a due anni per meningite) presenta convulsioni, febbre con tremore, polso prima lento, poi irregolare, strabismo, vomito, stitichezza, convulsioni generali, morte. Alla necroscopia un nucleo di broncopneumonite, essudato meningeo della base e lungo la falce del cervello con granulazioni tubercolari evidenti, idrocefalo del quarto ventricolo e dei ventricoli laterali.

V. Bambina di sette mesi presentante i segni di broncopneumonite destra. Alla necroscopia si trovò caseosi dei gangli linfatici pretracheali, bronchiali e all'ilo, un nucleo caseoso intrapolmonare del volume di un marrone, granulazioni tubercolari nella milza e nel rene.

VI. Bambina di dieci mesi morta nel giorno stesso in cui fu accolta all'ospitale: alla necroscopia presentò tubercolosi pleurica, polmonare e splenica, caseosi di un ganglio bronchiale, e di gangli mesenterici, placche di Peyer sviluppate, con ulcerazioni crateriformi, superficiali.

VII. Bambina di dodici mesi accolta coi segni di broncopneumonite doppia: alla necroscopia si trovò tubercolosi polmonare e pleurica, caseosi dei gangli tracheo bronchiali.

Queste osservazioni fatte in così breve tempo dimostrano la frequenza della tubercolosi nella prima età, contrariamente alle opinioni in proposito finora avute; e l'Autore insiste sulla loro importanza.

XX. Bordoni. — **La torula nello sputo.** (*Bull. sc. med. di Siena.* A. IV).

L'Autore trovò nello sputo di un tisico la *torula cerevisiae*. Nella nota con cui comunica questo reperto cerca di dimostrare la provenienza del microorganismo dalle vie profonde respiratorie e a questo scopo nota la mancanza del vomito e le lesioni gastriche, di anormali comunicazioni tra le vie aeree e digerenti, il nessun uso di sostanze che abitualmente contengono quel fungo, e la circostanza che la torula si trovava anche negli sputi freschissimi e di preferenza nelle piccole masse nummulari.

L'Autore crede che nelle vie aeree di quel malato fossero possibili processi di fermentazione che favorivano la vita e lo sviluppo di questo microorganismo.

XXI. LANNOIS. — **Réactions chimiques des sécretions stomacales au point de vue clinique.** (*Reazioni chimiche delle secrezioni gastriche dal punto di vista clinico*). In: *Révue de médecine*, 1887, N. 5.

L'Autore, ricordati brevemente gli studii già fatti dai fisiologi sulla composizione del succo gastrico, le conclusioni che generalmente ora si accettano, che cioè l'acido del succo gastrico è acido cloridrico, e che gli altri acidi (lattico, butirrico) provengono dall'alimentazione, e la storia di alcune deduzioni cliniche fatte sull'aumento e sul difetto dell'acidità gastrica, esamina il valore dei reattivi impiegati per valutare e scoprire questa acidità. I principali sono il *violetto di metile*, la *tropeolina OO*, l'*orangé Poirier n.° 4*, il *verde brillante*, e il *percloruro di ferro fenicato*. Nessuno di questi reattivi può essere considerato come specifico: i migliori risultati li dà il verde brillante, che deve esser preferito, tuttavia è opportuno confermare i risultati ottenuti con questi adoperando anche gli altri metodi.

Questo verde brillante fu proposto da Lépine: è prodotto dalla condensazione della benzaldeide con la dietilanilina e si ha dalla casa *Durand-Huguenin* di Lyon-Bâle. Veduto per trasparenza è azzurro-verdastro; diluito fortemente in acqua, è nettamente turchino. Aggiungendo due o tre goccie di questo reattivo a quattro o cinque centimetri d'un liquido contenente acido cloridrico, si osservano le modificazioni seguenti: per una quantità d'acido corrispondente a 0,1875 per 1000 la miscela comincia a divenir verde, per una maggior quantità d'acido la miscela verde assume un riflesso giallastro che cresce rapidamente, e a 1,5, per 1000 la colorazione gialla è delle più manifeste. L'acido lattico è quasi senza azione sul verde brillante, e gli lascia il suo colore, è appena quando l'acido lattico è in proporzione di 3 per 1000, che comincia a modificarlo, ma nel senso del verde, non del giallo. A torto Debove ha criticato il valore del verde brillante. La sola causa d'errore possibile sta nei fosfati acidi che in soluzione forte danno pure la tinta gialla, e potrebbero quindi far esagerare la quantità d'acido cloridrico esistente realmente. Ma questo difetto è comune a tutti i metodi, anche a quello col cloridrato di cinconidina (processo un po' complicato che consiste nel formare questo sale dall'acido cloridrico libero). Un errore in meno potrebbe esser causato dai peptoni e dalla leucina, il colore azzurro che determinano maschera infatti un po'quello caratteristico dell'acido cloridrico a 1 per 1000, ma il color verde che ne risulta è ancora apprezzabile per un occhio esercitato.

L'Autore raccomanda inoltre di adoperare sempre anche la carta di girasole e specialmente la carta reattiva proposta l'anno scorso da

Hösslin (*Ein neues Reagent auf freie Säuren. Münch. med. Woch.*, 1886), cioè il *rosso congo*, reattivo molto più sensibile del girasole capace di svelare 0,0019 di acido libero per cento. Il *rosso congo* in contatto d'un acido libero diventa lilla, od azzurro se l'acido è in maggior quantità. Secondo Riegel nell'esame dei liquidi gastrici si può affermare che l'acido cloridrico è in quantità sufficiente quando la *carta congo* diventa fortemente azzurra. L'Autore avverte di filtrare i liquidi prima di saggiarli coi reattivi, e di fare in ogni caso riserva di parte del liquido stomacale, per digestioni artificiali: un disco d'albumina d'uovo cotta, di 8 millimetri di diametro, e grosso un millimetro, messo in 15 centimetri cubici di succo gastrico, e in una stufa alla temperatura del corpo, in circa un'ora è digerito da un succo normale.

L'esame del succo gastrico, tranne casi eccezionali (per es. le crisi gastriche dei tabetici) non deve assolutamente farsi sui vomiti. Questi accadono a un momento troppo indeterminato della digestione, e la quantità degli acidi varia assai nei varii momenti della digestione, poi le materie vomitate sono spesso commiste a bile, sempre a mucosità della bocca, saliva, ecc. Il miglior modo di ricercare il chimo è adoperare il tubo di gomma elastica del sifone di Faucher: il noto metodo di Spallanzani non è per molte ragioni più praticabile.

Leube esamina le secrezioni dello stomaco vuoto sette ore dopo il cosidetto *pasto di prova* (una zuppa, una bistecca, un piccolo pane), dopo il qual tempo lo stomaco di un uomo sano è completamente vuoto; ma secondo l'Autore questo metodo ha dei gravi inconvenienti, è meglio ricercare il chimo a un dato momento determinato o a più riprese durante il corso di una digestione a intervalli determinati.

Dal punto di vista clinico si possono distinguere due grandi gruppi: 1.° quello in cui la secrezione di acido cloridrico è aumentata; *gastroxinsi* (ipersecrezione acida periodica recidivante) *crisi gastriche degli atassici* (ipersecrezione acuta e transitoria), in certe forme e a certi stadj delle *gastriti croniche* e *nell'ulcera semplice* (ipersecrezione cronica); 2.° quello in cui è diminuita (*febbri, alcune degenerazioni della mucosa* o dei *vasi dello stomaco, periodo ultimo delle gastriti croniche, cancro*). Ma, contrariamente a ciò che si era annunciato, la scomparsa completa dell'acido cloridrico è rara; ed essa non è segno patognomonico del cancro: la sua diminuzione non è però un sintomo senza valore quando si unisce ad altri segni del carcinoma, e d'altra parte la presenza dell'acido in quantità normale può ragionevolmente far dubbia la diagnosi di cancro.

Quanto alla terapia l'Autore insiste sulla necessità di non prescrivere con leggerezza acido cloridrico e pepsina per la sola ragione che si ha davanti uno stomaco malato. Solo dove si è accertata la diminuzione della secrezione cloridrica (cancro, ectasie con gastrite cronica) si deve prescrivere l'acido. Quanto alla pepsina si sa che la sua quantità assoluta ha poca influenza. Ma se è indicato l'acido, le dosi

comuni di 10 a 15 goccie sono troppo piccole, bisogna darne 40 a 50 in otto a dieci goccie, con la sufficiente quantità d'acqua un'ora dopo il pasto e poi ogni quarto d'ora finchè la dose totale è finita. Nelle ipersecrezioni acide giovano gli alcalini (Vichy, Carlsbad), avvertendo però di sospenderli a tempo opportuno per non cadere nell'eccesso opposto.

XXII. Fazio. — **Cancro primitivo delle vie biliari.** (*Giornale Intern. scienze mediche.* Anno IX, fasc. 5).

In una donna di 47 anni, malata da sette settimane con dolore all'ipocondrio destro e itterizia, che presentava ingrandimento del fegato, e nella regione della cistifellea un tumoretto grosso quanto un uovo di colombo, duro, dolente, circondato da altri noduli piccolissimi, con tutti i noti caratteri semeiotici di un tumore endoaddominale, aderente e unito al fegato, l'Autore diagnosticò il cancro primitivo delle vie biliari; e alla necroscopia si trovò infatti carcinoma primario della cistifellea, e dei dotti biliari, riproduzioni secondarie nel fegato, nella testa del pancreas, nell'epiploon, e lungo l'inserzione mesenteriale del tenue.

Il cancro primitivo delle vie biliari è raro: fino alla pubblicazione delle lezioni di Charcot, la letteratura medica ne possedeva venti casi. L'Autore ne ha osservato un altro caso pure in una donna, lo crede nella donna più frequente che nell'uomo, su 29 casi, venti si verificarono in donne. Egli insiste sulla difficoltà della diagnosi, sull'importanza di alcuni sintomi tra cui la comparsa precoce e persistenza di cospicua itterizia crede il più importante, eccettuato il caso in cui vi sia il carcinoma solitario della cistifellea, in cui di regola l'itterizia manca o è leggera. Egli ancora osserva che l'itterizia può trovarsi senza idrope ascite, mentre nei cancri proprj del fegato, l'itterizia precoce e intensa segue per lo più ai cancri dell'ilo, e quindi si accompagna ad ascite. La calcolosi c'era in tutti e due i casi osservati dall'Autore: a questo proposito egli accenna alla questione se la calcolosi preceda o segua il cancro: le maggiori probabilità stanno per l'opinione che fa dipendere lo sviluppo del cancro dalla preesistenza dei calcoli e dall'irritazione meccanica che esercitano consecutivamente sulle pareti delle vie biliari, e della cistifellea. Le ragioni che si adducono dai trattatisti sarebbero queste: 1.° nel cancro delle vie biliari la calcolosi è quasi costante; 2.° coliche ripetute epatiche precedono lo sviluppo del cancro. 3.° Moxon trovò sulla vescichetta biliare calcoli faccettati, nel coledoco altri calcoli simili evidentemente di provenienza cistica al di sotto di questi calcoli e nelle vicinanze immediate si era prodotto un rientramento canceroso del coledoco. 4.° Anche in altri organi soggetti a irritazione meccanica, si sviluppano spesso carcinomi.

Questa dottrina patogenica spiegherebbe poi la frequenza maggiore

dell'afflizione in parola nelle donne, che, come è noto, sono di preferenza soggette a calcolosi biliare.

XXIII. Gabbi Umberto. — **Casi clinici di romori soffianti dell'addome.** (*Riforma Medica.* N. 217, 218, 219. 1887).

L'Autore riferisce la storia di tre casi di cancro dello stomaco, studiati nella Clinica del prof. Federici. In tutti v'era un romore di soffio sull'area gastrica al di sotto dei margini costali, che inframmettendosi ai due toni del cuore, riproduceva con molta approssimazione il ritmo del romore di galoppo: si udiva sempre a stomaco vuoto, nelle profonde inspirazioni si abbassava, non si propagava lungo l'aorta. In due casi si rilevò alla necroscopia quanto avea supposto il prof. Federici, che cioè il romore era prodotto da stenosi dei vasi dello stomaco (coronaria superiore); nel terzo caso la genesi del romore non era unica, perchè il neoplasma si diffondeva al duodeno, e alla testa del pancreas, e sono noti casi di romori di soffio per stenosi ab-estrinseco dell'aorta prodotto da cancro del pancreas.

In un quarto caso di cancro dello stomaco, del quale pure l'Autore riferisce la storia, il romore di soffio nei primi giorni d'osservazione non fu costante, e aumentò di intensità durante il decorso. Alla necroscopia non si trovarono vasi ristretti come negli altri tre casi, ma in quella parte dell'aorta corrispondente al tumore gastrico, si trovò un trombo parietale antico accollato alla sua parete posteriore di forma, ovale, e col maggior diametro diretto nel senso dell'asse longitudinale del vaso, esso offriva una punta, contro la quale la colonna aortica doveva frangersi in vortici, e così era originato il romore di soffio, che era più intenso quando più intimi erano i rapporti del tumore gastrico coll'aorta. Il tempo in cui nei casi citati, avveniva il rumore, era come si disse, tra i due toni del cuore, e ciò perchè si produceva dopo la chiusura della mitrale, e prima della chiusura dell'aorta. L'utilità che può venire anche alla diagnosi dell'ascoltazione dell'addome, deve, dice l'Autore, eccitare a queste ricerche.

Da ultimo l'Autore narra la storia di un cancro del fegato secondario (primivo all'utero). Su tutta l'area epatica, ma più specialmente all'ilo, si sentiva un romore di soffio sistolico aspro. Esso era però talvolta diffuso a tutto l'addome, tavolta ai soli quadranti della parte di sinistra per lo più alla sola area epatica. Era prodotto dal fatto che il tronco destro dell'arteria epatica, penetrava nel fegato attraverso un nodo neoplastico assai duro in corrispondenza del quale, appariva alquanto ristretto, come il tronco portale satellite. Qui dice l'Autore, durante l'atto sistolico del cuore, non poteva aver luogo in modo completo la espansione diastolica arteriosa, che avveniva invece nel tratto del vaso fuori del neoplasma, e perciò rendendosi anche per questo ritmicamente maggiore la differenza di calibro fra il tronco esterno e l'interno si avevano condizioni favorevolissime al prodursi di un soffio,

che raccolto dalla corrente doveva, necessariamente diffondersi su tutta l'area del fegato.

La propagazione del romore a tutto l'addome avveniva per la via del colon disteso da gaz e aderente al fegato, o per qualche altra ansa intestinale che venisse in queste condizioni. In corrispondenza dell'utero in questo caso non si ascoltò mai alcun rumore.

L'Autore ricorda altri due casi di soffio epatico esistenti nella letteratura uno, il primo, descritto da Leopold (*Archiv. der Heik.*, 1876), l'altro dal dott. Rovighi (clinica di Murri).

XXIV. CHAUFFARD. — **Nouvelles recherches sur l'ictère catarrhal.** (*Nuove ricerche sull'itterizia catarrale*). In: *Revue de Méd.*, sept. 1887.

Krull ha proposto nella cura dell'itterizia catarrale l'enteroclisma con uno a due litri di acqua a 12° Réaumur la prima volta, poi a 18°. In undici malati sottoposti a questo trattamento, la guarigione seguì in tutti dalla 2.ª alla 4.ª giornata. Gli stessi risultati furono ottenuti da Loewenthal in una serie di 44 casi, e questi vantaggi furono pure confermati da Eichorst e Kraus. L'Autore ripetè l'esperienza in 5 casi di itterizia catarrale collo stesso successo, e riferisce 2 casi: uno osservato da Brault, uno da Bucquoy e Guénin, in cui si ripetè pure lo stesso fatto; guarigione dell'itterizia catarrale coll'enteroclisma di acqua fredda, entro circa 4 giorni. Malgrado la grande quantità d'acqua impiegata, e la bassa temperatura i malati sopportarono tutti bene il trattamento, emettevano l'enteroclisma dopo circa dieci minuti. L'Autore ha fatto fare i lavacri due volte al giorno, invece che una come era stato proposto da Krull e Lowenthal, ma non ottenne per ciò un'ulteriore diminuzione nella durata dell'itterizia. Per sorvegliare convenientemente l'andamento di questa, oltre che l'osservazione delle feci, l'Autore ricercava nelle orine i pigmenti biliari con un reattivo che egli dice sensibilissimo, quello già molto encomiato da Jaccoud; l'acido nitrico monoidrato. La disostruzione del coledoco manifestatasi verso il 4.° giorno, con il ritorno del colore delle feci, e la scomparsa del pigmento biliare nelle orine, si accompagna a poliuria e azoturia come si vede dalla relazione di 4 tra le osservazioni dell'Autore, in cui si tenne nota di questi particolari. L'azoturia è spiegata dall'Autore col fatto che durante l'occlusione del coledoco, digestione e assorbimento degli alimenti sono impedite o rese difficili; in oltre è possibile anche coll'occlusione del coledoco quella del condotto pancreatico: quindi l'urea diminuisce per far ritorno al momento che il coledoco diventa pervio alla quantità normale fisiologica, o anche ad una quantità maggiore di questa, durante la riparazione delle perdite subite. La poliuria si può spiegare colla cognizione fornita da Bouchard, che l'urea è un diuretico fisiologico, e col fatto osservato pure da Bouchard, che introducendo acqua fredda nell'addome, si vuota il sistema portale, e aumenta la tensione arteriosa generale.

Lo scoloramento delle feci degli itterici, non deve essere attribuito esclusivamente alla mancanza di bile, vi ha parte anche la stearrea che in quelle feci è svelata tanto dalla chimica, che dal microscopio. Negli adulti sani, secondo Müller, il grasso contenuto nelle materie fecali si presenta quasi esclusivamente sotto forma di chiazze formate per la massima parte da saponi calcari, e in piccola parte da grassi neutri; le goccie di grasso libero sono più rare. Oltre a queste forme negli itterici, vi sono cristalli aciculari (Nothnagel-Gerhardt) che appartengono a due gruppi differenti (acidi grassi liberi, saponificati); la loro forte proporzione nelle feci accenna ostacolo nella digestione dei grassi, e attesta la larga parte presa dalla stearrea nello scoloramento delle feci itteriche. In un caso di Müller, in cui vi era ostruzione del coledoco, e del condotto Wirsungiano, l'analisi chimica dimostrava che le feci contenevano 43,9 per % di grassi, e su % parti di questi, 50 erano grassi neutri, 21 acidi grassi liberi, 27 saponi; al microscopio vedevansi numerosi cristalli d'acidi grassi, v'era dunque di saponi la metà soltanto di quello che si trova quando v'è soltanto ostruzione biliare. Ma lo stesso Müller ha avuto occasione di fare la necroscopia anche in un caso in cui vi era ostruzione del coledoco, ma il pancreatico sboccava indipendente nel duodeno. In questo caso il grasso totale delle feci era 47 8 per cento, di cui 31 per cento grassi neutri e acidi grassi, 68 per cento di saponi; al microscopio si vedevano moltissimi cristalli di grassi saponificati, dimostranti che la maggior parte dei grassi non assorbiti era sdoppiata. Da ciò si conclude che l'assenza del succo pancreatico nell'intestino induce modificazioni qualitative piuttosto che quantitative nella ricchezza in grasso delle feci degli itterici. — L'Autore crede che da questo genere di studj si potrebbe per via indiretta indurre lo stato della secrezione pancreatica nell'itterizia catarrale. In due casi osservati dall'Autore, sotto questo rapporto, l'esame delle feci dimostrava la presenza di grassi saponificati, d'onde la supposizione che egli fa che la secrezione pancreatica durante l'itterizia catarrale in quei due casi avesse continuato.

Nella maggior parte dei casi osservati dall'Autore, vi fu l'ingrossamento della milza. Per spiegarlo, egli pensa ad un effetto diretto ed autonomo del processo morboso stesso, e ricorda in proposito le forme infettive d'itterizia catarrale epidemica illustrate da Kelsch, e propone l'ipotesi che forse l'abuso degli alcoolici che in quasi tutti i casi da lui osservati vi fu, possa favorire la recettività morbosa del principio tossico dell'itterizia catarrale. La spiegazione di Maragliano, meccanica, non gli pare soddisfacente, perchè non coesiste traccia di ascite nè di circolo venoso collaterale, e il parallelismo fra l'intensità dell'itterizia e il grado della splenomegalia non è costante (1).

(1) Ma il prof. Maragliano non ha detto che vi sia tumore di milza in *tutti* i casi di itterizia catarrale, ed espressamente poi accenna che data la stasi

Ritornando all'enteroclisma di acqua fredda, l'Autore, a spiegarne gli effetti, accenna che la mucosa intestinale diviene il punto di partenza di un reflesso, che si fa risentire sulla vescicola e le vie biliari estraepatiche, provoca la contrazione della parete muscolosa di questi canali, e forse nello stesso tempo determina una ipersecrezione biliare. Unitamente a queste due cause agisce anche la peristalsi intestinale, che probabilmente si propaga fino al duodeno. In un caso di occlusione del coledoco da calcolosi, il metodo di Krull non diede all'Autore risultati favorevoli.

XXV. Wagner. — **Zwei Fälle von fieberhaftem Icterus.** (*Due casi di itterizia febbrile*). In: *Deut. Arch. für Klin. Med.*, 40, 5. 6.

Weil ha descritto quattro casi di una malattia acuta febbrile, con gravi sintomi nervosi, turgore di milza e fegato, itterizia e sintomi renali, la quale dopo una durata proporzionalmente breve con un grave quadro morboso, terminò felicemente (*Deut. Arch.*, XXXIX, 3, 4). Questa malattia, secondo Weil di natura infettiva, potrebbe denominarsi febbre tifoide biliosa endemica, potrebbe però, dice egli, essere un morbo speciale *sui generis*, determinato da ignote cause specifiche.

Dopo la pubblicazione di Weil, nella quale lungamente è discussa la sintomatologia, Goldschmidt ha pubblicato un caso consimile (*Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's. In: Deut. Arch*, XL, 2).

E nei due casi di Wagner si tratta di una malattia acuta, febbrile di breve durata, con alte temperature, diminuite in un caso gradualmente, nell'altro rapidamente, con gravi dolori muscolari, massime ai polpacci; in uno vi fu stittichezza, nell'altro diarrea, in uno solo albuminuria e pure in un solo erpete labiale e rinorragie. In un caso la milza era lievemente ingrandita, il fegato normale, nell'altro non era dimostrabile ingrandimento nè di fegato, nè di milza. La temperatura massima ed iniziale fu 41°,4 in uno, 41°,2 nell'altro malato. Tutti due guarirono rispettivamente dopo 10, e dopo 7 giorni.

L'Autore crede questi due casi rappresentino una forma leggiera e senza recidive della malattia descritta da Weil. Le supposizioni diagnostiche fatte dall'Autore durante l'osservazione di questi casi furono varie; malattia d'infezione, atrofia gialla acuta, forma rara di itterizia catarrale, febbre ricorrente (per i dolori muscolari, l'alta febbre, l'aspetto grave del malato; la ricerca degli spirilli anche durante l'alta temperatura fu però negativa). Accettò finalmente la formola proposta da Weil: *tifoide biliosa endemica;* non sarebbe però da respingere del tutto, egli dice, l'ipotesi di un tifo abortivo con itterizia.

---

portale, le conseguenze di questa non si manifestano egualmente in tutti i distretti che originano il circolo portale, ma in un caso nei vasi gastrici, in un altro in quelli dell'intestino, in un altro i disturbi circolatorj principalmente sono nella milza (V. « Deut. Arch. für klin. Med. », 40. Band 1). Pennato.

A proposito di queste pubblicazioni è notevole uno scritto di Aufrecht (*Die acute Parenchymatose. Deut. Arch.*, XL, 6), nel quale egli ricorda che fino dal 1881 pubblicò in Magdeburgo storie cliniche del tutto conformi a quelle di Weil e Goldschmidt, col nome di infiammazioni acute parenchimatose. In proposito ricorda due casi. Il primo riguarda un giovane di 33 anni, che nel decorso di una lesione tubercolare dell'apice fu colpito da leggiera itterizia, diminuzione dell'area epatica, abbondante albuminuria, vomito, sonnolenza, convulsioni, morte dopo undici giorni di questa fenomenologia. Alla sezione si trovò edema della Pia, tenui membrane fibrinose e alcune emorragie e noduletti grigi sul pericardio, miocardio pallido e floscio, cavernule nell'apice destro, milza lunga cent. 12, larga 7, grossa 3 ½; reni flosci con emorragie alla loro superficie, e sulla mucosa dei bacinetti renali, fegato piccolo, floscio, pallido. In questo caso durante la malattia polmonale si svolse, dice l'Autore, nel fegato e nei reni un processo tutto speciale (la compromissione renale era così grave, che negli ultimi cinque giorni di vita non fu secreta orina). Questo processo non potrebbe consistere in una atrofia acuta del fegato; essendovi anche la lesione renale, è da credere che le lesioni epatiche e renali siano effetto di una stessa causa che ha portato ad ammalare tutti gli organi parenchimatosi, fegato e reni in prima linea, e poi anche miocardio e muscoli del dorso.

Il secondo caso è tanto più importante in quanto riguarda un uomo di 46 anni, dapprima sano, che fu colpito dai segni di un catarro di stomaco acuto e quattro giorni dopo da leggiera itterizia con modico ingrossamento del fegato. In quinta giornata quasi non emise più orina, nella sesta solo una piccola quantità, che conteneva molta albumina, in settima giornata accaddero convulsioni uremiche e morte.

Alla necroscopia si trovò ingrossamento del fegato e dei reni, dovuto, come l'esame microscopico fece vedere, alla presenza di granuli uniformi nelle cellule epatiche e nell'epitelio renale, che l'Autore, benchè allora non avesse fatte colorazioni, sospettò essere microorganismi (micrococchi). E quindi egli crede, nei due casi citati, vi fosse la acuta infiammazione di organi i più importanti (fegato, reni, cuore), forma che egli denomina infiammazione acuta dei parenchimi: *acute Parenchimatose.*

XXVI. Rosenthal. — **Beiträge zur Begründung des Wesens der Urämie.** (*Contributo a stabilire la natura dell'uremia*). In: *Deut. Med. Zeit.*, 1887, N. 5.°

Le ricerche di Fleischer e dei suoi discepoli combattono l'opinione che dell'attacco uremico vi sia un unico momento etiologico: l'uremia è un sintoma che probabilmente come gli altri sintomi può dipendere da molte cause. La teoria meccanica di Traube, e quella chimica di Frerichs sono cadute; l'opinione di Voit ed Oertel, che l'urea

ritenuta nel sangue sia il momento causale dell'uremia è insostenibile. Risulta dalle accennate ricerche di Fleischer, che nell'orina umana vi sono sostanze, che injettate (in concentrazione) nel peritoneo o sotto la cute di conigli e cani producono un quadro morboso simile alla intossicazione uremica. Non si può esattamente dire quali siano questi costituenti dell'orina, ma è però certo che non si tratta dell'urea, la quale dal materiale injettato era previamente estratta con l'alcool e l'etere. Pare che i sali di potassa agiscano, benchè non essi soli, nella produzione dell'uremia. Non è verosimile che sia una sola la sostanza organica od inorganica che ritenuta nell'organismo determini l'uremia. La sostanza che eccita il centro del vomito e produce il vomito, pare sia un sale di potassa (clorato).

È ora da fare la ricerca se negli uomini affetti da uremia vi sia un accumulo di quelle sostanze riconosciute virulenti negli animali, e se queste vengano eliminate in maggior quantità dopo un accesso uremico.

XXVII. MARONI. — **Occlusione acuta del tenue da diverticolo, strozzamento rotatorio coesistente nello stesso intestino.** (*Morgagni*, maggio 1887).

In un uomo di 26 anni, l'Autore diagnosticò per i fatti anamnestici ed obiettivi presentati, l'occlusione acuta interna dell'intestino con sede probabile al tenue, da torsione. Fu eseguita la laparotomia dal dott. Ricordi, che trovò infatti un'ansa del tenue contorta, che con opportune manovre ridusse in direzione normale, e quindi fece le suture e la medicazione. Ma tutto malgrado, sussistevano invariati i segni dell'occlusione, e il paziente morì. Alla necroscopia si trovò un'occlusione completa del tenue, prodotta dal rovesciamento entro il suo lume di un diverticolo, nel cui fondo cieco stava un polipo (fibro-angioma). Insieme al diverticolo non v'era alcuna porzione di intestino invaginata. Questo diverticolo sorgeva a circa quaranta centimetri dalla valvola ileo-cecale.

L'Autore ricorda come i diverticoli dell'intestino, detti anche appendici di Meckel, si staccano alla distanza da quaranta centimetri a un metro dall'imbocco nel cieco; sono formati dal dotto onfalo-mesenterico rimasto aperto, e possono essere liberi o aderenti per la presenza di un cordone fibroso (rimanenza dei vasi onfalo-mesenterici) aderente alla parete addominale nella cicatrice ombellicale. Questo cordone può atrofizzare o staccarsi dalle pareti, o può atrofizzare il diverticolo, restando il cordone aderente alla parete da una o da ambedue le estremità, e può darsi anche che un diverticolo libero si faccia aderente ad organi vicini. I diverticoli aderenti, come succede per le pseudo-membrane, possono, costituendo una specie di ponte, originare occlusioni intestinali per il fatto che le anse vanno a cacciarvisi sotto. Questo è il modo più frequente di ostruzione determi-

nata da diverticoli. Un po' minore è la frequenza di ostruzioni determinati da diverticoli *liberi*, quando questi per un meccanismo singolare e ancora oscuro, si avvolgono e formano nodi serrati intorno all'intestino. Il prof. Conzato, nella Rivista di Bologna del 1871, ha pubblicato un caso di un lungo diverticolo staccantesi dal tenue a estremità libera ampolliforme, che aveva portato la rotazione di un'ansa dell'ileo per un giro e mezzo attorno al mesenterio, e circondato e poscia allacciato l'intestino. Questa osservazione è contraria alla sentenza di Foerster, che il diverticolo libero non sia mai da sè solo cagione di disturbi nella funzione del canale intestinale.

Tali maniere di occlusione determinate da diverticoli sono ben diverse da quella avvenuta nel caso descritto dall'Autore, che ne accenna la differenza, dimostrando che nel suo caso non si tratta già, come in quelli, di un'azione esercitata dal diverticolo sul tenue, dall'esterno, ma fu il diverticolo che introflettendosi e arrovesciandosi completamente dentro l'ansa e incuneando il tumore fra le tonache dell'intestino, ne portò la completa chiusura, e aggiunge che la sola porzione cava del diverticolo, senza il tumore solido incuneato non avrebbe potuto determinare la completa ostruzione dell'intestino, perchè floscia com'era, si sarebbe adagiata sulla parte di questo, non sopprimendone parzialmente la permeabilità.

Le ricerche fatte dall'Autore nella letteratura medica, lo hanno condotto a conoscere un solo esempio di arrovesciamento di diverticolo entro il lume dell'intestino. Fu pubblicato dal Federici nella *Rivista Clinica* del febbrajo 1883. Ma questo caso era pur diverso da quello dell'Autore descritto, perchè l'ostruzione vi era prodotta da invaginamento dell'ileo con diverticolo, trattandosi di un'ansa del tenue invaginata nel colon, che avea trasportato entro il cieco un diverticolo, arrovesciandolo in pari tempo.

Singolare fu pure, nel caso studiato dall'Autore, la presenza delle due occlusioni: una determinata dal diverticolo, l'altra, in un tratto più alto, dalla torsione. È ragionevole, dice egli, pensare che esista un rapporto tra queste due lesioni, ma ogni tentativo di interpretazione in proposito riuscirebbe vano, perchè siamo all'oscuro sul meccanismo che presiede alla formazione delle rotazioni in genere dell'intestino. E dal caso, emerge un insegnamento anche per la pratica: il chirurgo eseguendo la laparatomia per strozzamento interno, anche nei casi in cui la natura dell'ostacolo occludente non è tale da far sospettare moltiplicità di lesioni otturatrici, non può dispensarsi dall'esplorare se nel resto dell'intestino vi fossero altre cause di occlusione, oltre quella che avesse già trovata.

XXVIII. Baradat de Lacaze. — **Des éruptions sudorales et de leur valeur comme signe pronostique.** (*Delle eruzioni sudorali e del loro valore come segno pronostico*). In: *Revue de Méd.*, avril 1887.

La sudamina, le eruzioni miliari, sono in relazione coi sudori copiosi. L'Autore descrive i noti caratteri della sudamina, accenna ai caratteri differenziali colle vescicole di miliare, che non sono trasparenti; sono costituite da vescicole più grosse della sudamina, a contenuto bianco-latteo, giallo o rosso, accompagnate da alone rosso, e da prurito; ricorda poi i lavori di Renaud, di Unna, secondo i quali le eruzioni sudorali si sviluppano sempre a livello dei condotti giroidi della glandula sudoripara, la secrezione rapida del flusso sudorale produce un disgregamento degli strati epidermici a livello della zona granulosa, e l'epidermide si solleva in una vescicola ripiena di sudore; le cellule migratrici penetrano in questa vescicola; finchè vivono hanno un indice di rifrazione troppo debole e non intorbidano il liquido, quando periscono e diventano grasse, la vescicola diventa bianca come il latte, quando diventano purulenti il colore della vescicola è giallo. Spesso la rete capillare sottoposta si ingorga di sangue, d'onde la tinta eritematosa dei tegumenti a livello della vescicola, e la possibilità per il liquido di divenire emorragico.

Tutte le affezioni che ingenerano flussi sudorali repentini e abbondanti non si accompagnano di eruzioni. Secondo Besnier, ciò dipende dalla ipertermia che altera gli elementi cellulari dell'epidermide, e ne rende più facile la disintegrazione; ma siccome vi hanno le eruzioni anche con l'apiressia, l'Autore crede piuttosto che esse siano prodotte dalla qualità speciale irritante del sudore in certi casi: il glomerulo sudoriparo ha analogie funzionali col glomerulo renale; secondo l'Autore, ciò che la nefrite infettiva è al rene (eliminazione di bacterj), è l'eruzione sudorale all'apparecchio sudoriparo.

Hanot ha pubblicato nella *Revue de Médecine* del 1881 due casi (ileotifo), in ciascuno dei quali il liquido delle vescicole miliarose conteneva bacterj bacillari. In questi casi, secondo l'Autore, le eruzioni sudorali annunciano che presto cadrà la febbre e seguirà la convalescenza. Così fu in tre casi di osservazione dell'Autore, in cui si presentò la sudamina dopo il secondo settenario. Egli crede che in questa epoca della malattia alla sudamina debba affidarsi un valore pronostico: fu per non aver valutato il tempo in cui essa si mostra, che concordi i clinici finora ad essa hanno negato importanza. Egli adunque crede che:

1.° Le eruzioni sudorali che compariscono al principio del secondo settenario della febbre tifoide non hanno alcun valore per fissare lo svolgimento ulteriore e il pronostico della malattia.

2.° Invece le eruzioni sudorali che si mostrano dopo il secondo settenario, al momento delle grandi oscillazioni della temperatura, annunciano quasi sempre la convalescenza.

A questo criterio pronostico fornito dalla sudamina, si potrebbe aggiungere anche quelli suggeriti da Chauffard: gli ascessi multipli e la poliuria, che sarebbero pure elementi di favorevole prognosi.

XXIX CARDARELLI. — **Un caso raro di melanemia acuta.** *(Morgagni,* aprile 1887).

Un agricoltore di 23 anni affetto in precedenza da febbri terzane, presentava un colorito oscuro della cute sopravvenuto acutamente con una grave compromissione generale, cinque anni prima. Egli pareva un mulatto, il petto era meno oscuro della faccia, il capezzolo perfettamente nero, e così l'areola della mammella e lo scroto, le mani erano di colorito oscurissimo, la faccia nera, in cui i denti bianchissimi facevano uno spiccato contrasto, i prolabi erano picchiettati da chiazze oscure, e le gengive avevano orlatura bruna come per avvelenamento da piombo.

Non aveva lesioni da parte del sistema nervoso, le orine e il sangue non presentavano alterazioni, la milza era un poco grossa. V'era però dimagramento notevole, e depressione considerevole delle forze, e per questo l'Autore comincia col dimostrare che non si trattava di una semplice melanadermia, ma di una cachessia. Discute quindi la diagnosi di morbo di Addison. Per il modo improvviso di insorgenza, in mezzo alla salute perfetta, per il lungo decorso, per la mancanza di turbe nervose (non v'è un sol morbo di Addison che negli intervalli, per quanto l'ammalato sia florido, non presenti disturbi funzionali specialmente da parte del sistema nervoso) per la diffusione generale del coloramento, l'Autore pensa alla melanemia. Di questa la malaria è causa precipua. Il paziente infatti cinque anni or sono, ha avuto una forma grave, che ha lasciato nella incertezza della diagnosi i suoi medici alcuno dei quali avea pensato al morbo di Addison. Escluso questo dalle considerazioni fatte, l'Autore insiste sulla diagnosi di melanemia acuta da malaria che ha lasciato nel paziente come conseguenza uno stato cachettico, essendo già scomparso il pigmento prodotto dalla malaria nel sangue, perchè esso va a depositarsi in organi che si sottraggono all'osservazione; nel fegato, nella milza, nel midollo delle ossa nei gangli linfatici, organi emopoetici la cui alterazione può ben spiegare nel caso concreto, la cachessia. Un influenza sulla alterazione della nutrizione è prodotta secondo l'Autore anche dalla alterata funzione della cute così ricca del deposito di pigmento.

XXX. DE GIOVANNI. — **Osservazioni intorno all'età critica della donna.** *(Riv. Veneta,* Tomo VII, fas. 3).

Gli scritti pregiati di Tilt e Borner su questo argomento non si occupano dell'interpretazione di alcuni fatti, quale dall'osservazione clinica è suggerita all'Autore.

Nella fenomenologia dell'età critica comunemente si porta tutta l'attenzione alla soppressa ricorrenza mensile, a questa ascrivendone tutta l'importanza: bisogna invece ricordare che nei casi in cui quel periodo della vita muliebre, è accompagnato da sofferenze che stanno al di fuori della sfera degli organi sessuali, vi sono delle complicazioni (finora ritenute effetto della soppressa funzione mensile) le quali realmente non hanno con questa funzione altro rapporto che di concomitanza. Tanto è questo vero che alcuni soggetti *maschili*, presentano sintomatologie del tutto analoghe a quelle da alcune donne presentate nell'epoca critica, e l'Autore racconta l'istoria di un uomo e di una donna che dopo aver presentato questa analogia di sintomi caddero ambedue malati di cirrosi epatica. In questi casi v'era un mutamento di tutto l'organismo, di tutta la costituzione, e non già dunque nella donna si trattò di una conseguenza della menopausa. Ben in altri soggetti l'età critica si accenna coi soli fenomeni relativi alla soppressa flussione mensile, e di questi l'Autore dà pure due esempii della sua pratica.

L'idea, dice l'Autore che tutto quello che di morboso osservasi in una donna presso o durante l'epoca critica sia da attribuirsi indistintamente a questa, deve essere abbandonata, e propone nello studio del caso di seguire questo programma:

a) Qual'era lo stato dell'utero e degli annessi antecedentemente.

b) Quali anomalie funzionali abituali presentava la donna negli organi od apparati indipendenti o dipendenti dall'utero.

c) Quali le condizioni anatomiche attuali dell'apparecchio genitale e degli altri.

d) Quale l'influenza esercitata anteriormente dalla ricorrenza mestruale, quale quella esercitata attualmente.

È erroneo, osserva quindi l'Autore affidarsi al criterio dell'età per diagnosticar la menopausa, si vedono infatti casi nei quali molti disturbi che a giudicar dall'età si potrebbero riferire alla menopausa, scomparire dietro cure appropriate, e intanto le mestruazioni protrarsi ancora regolari per qualche anno, e di questo l'Autore presenta pure una interessante storia clinica. Come pure altre volte invece si riferisce a un particolare processo morboso un complesso di sofferenze che sono da accagionarsi alla menopausa anticipata. A questo proposito l'Autore cita la storia di una donna che a 35 anni colpita da dispepsia e da alterazioni mestruali cadde nella tisichezza polmonale con la cessazione dei menstrui, cessazione che l'Autore dimostra non doversi considerase come un effetto della malattia polmonale, ma doversi in questo caso malgrado l'età ammettere che col principiare della menopausa si sconcertarono le condizioni generali, e col definitivo determinarsi di essa esplosero i sintomi di petto.

In ultimo l'Autore dimostra che l'età critica non è di per sè stessa cagione fisiologica di eventi morbosi, dà infatti un quadro di alcuni

casi in cui la cessazione delle regole fu seguite da miglioramento, o almeno non da peggioramento della salute e d'altra parte accenna alla rarità che uno stato patologico sia determinato o aggravato dall'età critica, quando ciò avvenne precedevano o coincidevano altre circostanze morbose.

Prendendo ad esempio i fatti emorragici come quelli che più propriamente si possono dire vicarj, fra 216 casi notò l'ematemesi una volta, due volte l'emottisi, tre volte l'enteroragia, quattro volte l'emorragia cerebrale, una volta l'emorragia spinale, anche Tilt trovò fatti analoghi in 500 casi, l'emottisi solo 8 volte. Sono questi fatti adunque piuttosto casuali. Neanche le enterroragie meritano la significazione di vicarie, perchè altre cause possono determinarle, perchè non sono sempre periodiche, e perchè la periodicità non è esclusiva della patologia femminile.

È vero che si sviluppa nell'età critica una pletora addominale; ma questa è una coincidenza, è uno stato che si prepara prima dell'epoca critica, uno stato emorroidario che anche Pietro Frank riconobbe inerente all'età, non al sesso. Alcuni fatti singolari quali l'emottisi mensile (Bordeu) l'emorragia dai punti lagrimali (Béclard), dal condotto uditivo (Puech), il ptialismo (Bouchut) ed altri non possono veramente accettarsi come vicarj, forse si spiegano colla legge delle azioni reflesse e delle idiosincrasie.

XXXI. Lenhartz Hermann. — **Klinische Beiträge zur Lehre von Antagonismus zwischen Morphium und Atropin.** *(Contributo clinico sulla teoria dell'antagonismo tra morfina e atropina).* In: *Deut. Arch. für klin. Med.*, 40, 5, 6.

Le conclusioni del lavoro dell'Autore sono le seguenti:

1.° Nessuna osservazione stabilisce sicuramente l'antagonismo fisiologico, tante volte asserito, fra la morfina e l'atropina.

2.° Nell'avvelenamento da morfina non è da sperare dall'uso dell'atropina un miglioramento sicuro e durevole.

3.° Le grandi differenze sull'indicazione dell'impiego del contravveleno e sua dosatura, dimostrano che il metodo è incerto e infido.

4.° L'uso antidotario del contravveleno è stato molte volte dannoso.

5.° La terapia non si può avvantaggiare dalla circostanza che molte volte malgrado l'uso dell'atropina si ottennero guarigioni.

6.° Numerose guarigioni col metodo razionale non antidotico, dimostrano la prognosi poter essere favorevole anche nei più gravi avvelenamenti da morfina, e la statistica dimostra che la mortalità con questo metodo è minore che col metodo antagonistico.

L'Autore presenta due tabelle. In una, 59 casi di avvelenamento, tra i mezzi curativi furono anche i preparati di belladonna, nella II., 73 casi, questi preparati furono esclusi. Dei primi 59 casi, morirono 17, cioè 28,8 per cento; degli altri 73, morirono 11, cioè 15 per cento. Dei

17 morti appartenenti alla prima tabella, in undici l'avvelenamento fu per opio; in 6 per morfina, degli undici appartenenti alla seconda tabella l'avvelenamento fu per opio in sei, e per morfina in cinque. Fra gli avvelenati della prima tabella (59) al di sotto di undici anni e mezzo di età eranvi 5, e di questi morì uno; tra gli altri 73, al di sotto di questa stessa età eranvi 17, e morirono due.

L'altezza della dose letale ebbe larghe oscillazioni: un bambino di 4 anni (tabella I.) morì per una dramma di tintura d'opio, un altro bambino (tabella II.) per due cucchiaiate di decozione di un papavero. La dose minima di morfina, iniezione ipodermica, che portò la morte in adulti, fu in un caso ventiquattro milligrammi (vecchia di 72 anni); in un altro tre centigrammi (uomo, 32 anni); la dose minima di opio, due dramme (opio crudo, uomo).

La dose massima di morfina per cui seguì la morte fu ventisei grani, la dose massima di opio dieci grammi di laudano.

In 56 casi il polso fu frequente (quasi due terzi di tutti i casi in cui fu osservato) in circa 25 normale, in 19 molto debole. La respirazione in 12 casi fu più frequente, in 27 stertorosa, in 22 molto rallentata, negli altri o difficoltata, o superficiale, raramente normale. Su 132 avvelenati, si osservarono convulsioni in 38 (circa 28 per cento). Convulsioni speciali trisma, opistotono, crampi generali accaddero in 30 casi di cui dodici finirono letalmente. Queste convulsioni accaddero in 12 casi (tra cui un bambino) per avvelenamenti da morfina; in 18 per avvelenamenti di opio (4 bambini). Stati convulsivi di minor grado, contrazioni parziali muscolari, crampi esofagei, e vie aeree, accaddero due volte in seguito ad avvelenamenti per morfina, sei volte in seguito ad avvelenamento per opio. Su 92 casi è noto come si comportò la reazione pupillare: in 86 vi fu miosi e quasi sempre perdita della reazione (91,3 per cento) sei volte midriasi, in tre casi però constatata solo parecchie ore dopo l'avvelenamento.

Da questo caso l'Autore desume:

I. Il polso nell'avvelenamento per oppio o da morfina si comporta variamente, è più spesso frequente ma non sempre anche debole e irregolare; quest'ultimo modo è il più raro.

II. La respirazione nella maggior parte dei casi è lenta, non è però insolita la frequenza.

III. Le convulsioni sono frequenti più che non si crede, colgono per la più gran parte gli adulti.

IV. La pupilla si comporta analogamente a quanto affermò Osfila, (19 volte su 20 ristretta).

E da tutto questo, dice l'Autore, risulta che bisogna alquanto modificare ciò che si scrive in tale argomento nei manuali.

XXXII. Cantani. — **L'ipodermoclisi nel pericolo di arresto del cuore per dissanguamento.** *(Giornale internazionale di scienze Mediche*, anno IX., fasc. 5.)

La straordinaria diminuzione della massa del sangue nelle grandissime emorragie può venir compensata dall'assorbimento degli umori interstiziali o dalle bevande solo fino ad un certo punto, al di là del quale v'è la vera vuotezza dei vasi sanguigni, la *cheneangia* degli antichi. In questi casi le maggiori arterie non possono mai contrarsi considerevolmente, e stagna in esse la colonna liquida, che per non esser seguita da un'altra colonna equivalente ed equipollente, non può avanzare e non può penetrare in quelle arterie minime e in quelle rete capillari, nelle quali il vuoto conduce finalmente ad una completa occlusione per contrazione.

La vuotezza dei vasi deve necessariamente condurre all'arresto del cuore. Dall'eccessiva vuotezza dei vasi, deriva facilmente, secondo l'Autore, anche un altra causa di morte, cioè lo sprigionamento dei gas dal sangue. Com'è noto, il sangue contiene una non piccola quantità d'aria in soluzione finchè si mantiene una determinata pressione; quando la perdita del sangue è tale da indebolire straordinariamente l'azione cardiaca e quindi anche la pressione intraarteriosa, e quando questa diminuzione della pressione sotto la quale sta il sangue nelle arterie maggiori che non si possono contrarre completamente, raggiunge un grado non compensabile dalla contrazione arteriosa, è data pure la possibilità di sprigionamento dei gas del sangue.

A questi pericoli il rimedio più razionale è di ristabilire la colonna di liquido nelle arterie.

Se, dice l'Autore, l'ipodermoclisi nel colera ha l'ufficio di rendere più liquido il sangue ispessito (che per troppa densità non si muove facilmente e quindi finisce col non poter esser cacciato dal cuore) e di ristabilire con ciò la compromessa possibilità della circolazione, nella stasi da dissanguamento essa restituisce ai vasi la necessaria quantità di liquido che basti a ricostituire quella continuità di colonna sanguigna, che è indispensabile per la capacità di funzionare della pompa cardiaca.

In un caso veramente disperato di emorragia in seguito ad aborto, l'Autore salvò la vita alla paziente con l'ipodermoclisi di acqua salata calda a 38 centigradi.

Giustamente l'Autore insiste, dopo aver riferita la storia dell'interessantissimo caso, sulla necessità di diffondere questa risorsa della terapeutica, massimo nei casi di ferite. Anche nelle emorragie interne (gastrorragie, ileotifo ecc.), se ne potrà ricavare qualche vantaggio purchè il resto delle condizioni permetta all'organismo di riacquistar la salute.

L'assorbimento che avviene nel connettivo sotto cutaneo, dell'acqua salata, è tale che si può sostituirlo sicuramente alle iniezioni intrare-

nose, che portano un grave pericolo per l'embolia d'aria, ciò si comprende dice il Cantani, quanto importante possa diventare l'ipodermoclisi per la pratica medica.

XXXIII. Pascale. — **Le iniezioni intrapleurali e le crisi epilettiche, loro teoria** (*Morgagni*, aprile 1887).

In un soldato affetto da piotorace sinistro, dopo aver eseguito la toracotomia, l'Autore fece per alcuni giorni lavature disinfettanti, adoperando deboli soluzioni fenicate, che venivano ben tollerate dal paziente, il quale anzi rapidamente migliorava. Un giorno durante l'iniezione, fatta con un po' più di forza del solito, il malato fu colpito da un gravissimo accesso: pallore estremo, irrigidimento generale e trisma, polso e battito del cuore cessati; dopo qualche minuto di questo stato si notò qualche respirazione superficiale, e il ritorno del colorito e di movimenti ai muscoli della faccia; quindi il volto divenne bluastro, v'era midriasi con inerzia pupillare, schiuma alla bocca, turgore delle giugulari, torace ansante, cardiopalmo. Poi seguì sudore freddo alla fronte, scomparve l'irrigidimento muscolare per dar luogo a convulsioni cloniche degli arti. Questo stato si dissipò a poco a poco, e ricomparve l'intelligenza, che durante tutto l'accesso era completamente abolita. Nella giornata le convulsioni si ripeterono altre due volte, nel dì successivo vi furono ancora due o tre accessi con elevamento di temperatura (38,°4).

Questo malato non era mai prima stato soggetto ad epilessia; i fenomeni da lui presentati erano, secondo l'Autore, uno stato epilettico reflesso, provocato dalle iniezioni intrapleurali. Un caso che ha analogia con questo fu pubblicato recentemente da Saint Philippe (« Convulsioni yacksoniane alla fine del lavacro pleurico »). Lépine durante la lavatura nella pleura osservò uno stato asfittico con contrattura dei due membri superiori, Leichtenstein e Lendet una sincope molto minacciosa, Janeway, la morte subitanea per produzione di gas nel ventricolo destro. Raynaud, Vallin, Brouardel, Royer osservarono crisi epilettiformi. I casi di Raynaud sono due: durante il lavacro della pleura gli ammalati furono repentinamente colpiti da una formidabile crisi epilettica preceduta da uno stato sincopale e seguito in uno da emiplegia transitoria dell'arto superiore destro (1) e nell'altro da cecità momentanea, ma assoluta.

L'uno soccombette, l'altro guarì. Raynaud si basa sul fatto che questa crisi si ha non in principio delle iniezioni, ma ordinariamente verso

---

(1) Io stesso fui spettatore di un caso molto analogo: un giovane affetto da piotorace, durante la lavatura dalla pleura fu colpito, prima da uno stato grave comatoso, poi da convulsioni cloniche degli arti della parte destra con afasia, fenomeni che scomparvero in poche ore. Pennato.

la fine, quando cioè la cavita contenente il liquido è già molto ristretta, allora, egli dice, giunge un momento in cui la cavità tutta è rappresentata dalla faccia superiore del diaframma: questa, essendo mobile, sopporta da sola tutto lo sforzo esercitato dalla iniezione, donde senza dubbio uno stiramento o una compressione del nervo frenico, punto di partenza dell'atto riflesso che si trasmette al bulbo; donde una rapida generale anemia bulbare. Invece, secondo l'Autore, la crisi epilettica sarebbe prodotta dal forte eccitamento periferico (distacco repentino di false membrane, filetti sensitivi della pleura, filetti e centri cardiaci) propagati ai centri corticali cerebrali, e forse anche al bulbo.

In ogni modo, dice l'Autore, qualunque sia il meccanismo con cui si effettuano questi accidenti, si deve seguire questo consiglio di Reynaud: dopo le aperture del torace bisogna eseguire le iniezioni detersive colla massima circospezione, e ciò soprattutto nel momento in cui pel progresso della cicatrizzazione si ha da fare con una piccola cavità. In tal caso, sarà sempre savia pratica quella di sospendere le iniezioni, e se sono assolutamente necessarie, farle con estrema lentezza. E secondo l'Autore è di grande utilità pratica, fare le iniezioni servendosi di un doppio drenaggio e di una corrente continua.

XXXIV. De Giovanni. — **Contribuzione alla patologia delle arterie.** (*La Riforma Medica,* 1887, N. 245-248).

L'Autore ha osservato varj casi, in cui lo sviluppo potente della endarterite (effetto dell'età, dell'abuso della vita) fu preceduto da una serie di fenomeni vaso-motorj, lo studio dei quali come spia del processo che va svolgendosi nelle arterie, interessa per la diagnosi e per la terapia. Di cinquantadue malati di questo genere: 1.° ventisette presentarono gli accessi vaso-motorj prevalentemente al capo (cefalee, vertigini in 20 casi, corizza in 8, rinorragia in 4, ronzio d'orecchi in 5). In questi la forma dell'arterite che successivamente si manifestò fu mista, cioè con fenomeni cardiaci, o con fenomeni cardiaci e addominali e cerebrali, ma con prevalenza di questi; 2.° diciasette presentarono gli accessi vaso-motorj prevalentemente al petto (emorragia bronchiale in 5, dispnea in 8, accessi di tosse in 6, aumento di catarro bronchiale in 5). La forma dell'endarterite poi svoltasi fu prevalentemente cardiaca, oppure cardiaca e polmonare; 3.° negli altri otto casi gli accessi furono prevalentemente al ventre (sensazioni abnormi nei visceri addominali in 4, turgescenze epatiche in 3, aumento di secrezione renale in 5). In questi la forma dell'endarterite svoltasi fu mista con precedenza di fenomeni addominali, e predominio di questi nel corso della malattia; sintomi epatici in 4, sintomi renali in 4.

Si può obiettare, dice l'Autore, che questi fenomeni vaso-motorj nulla hanno di caratteristico per poter essere sicuri del loro valore diagnostico, ma il valore di un fenomeno morboso non sta in sè, ma nelle circostanze che lo accompagnano, che devono studiarsi nel caso concreto. E l'Autore conclude:

1.° Questi fenomeni vaso-motorj sono da considerarsi come precursori della sintomatologia delle lesioni delle grandi arterie.

2.° Essi vengono direttamente prodotti da anomalie funzionali della innervazione dei centri ganglionarj del simpatico.

3.° L'anomalia funzionale di questi è subordinata alla lesione delle arterie proprie.

4.° I fenomeni vaso-motori, strettamente parlando, segnalerebbero l'alterazione delle piccole arterie, che precede quella delle arterie maggiori; in altre parole, il cominciamento dell'alterazione in queste.

In una seconda parte del suo lavoro, l'Autore tratta della contrattilità provocata dal polso arterioso. È un fenomeno che si produce molto facilmente, p. es., facendo un ruvido soffregamento sulla cute che ricopre l'arteria; esplorando allora il polso, si avverte che è meno espanso. In un malato che presentava molto manifesta la pulsazione epigastrica, l'Autore osservò che dopo un po' di compressione dell'aorta addominale, questa pulsazione diminuiva, e dà le prove grafiche di questo fatto.

In un altro caso di un malato che si credeva affetto da aneurisma carotideo, l'Autore provocò la contrazione del polso carotideo colla compressione, e si convinse che la ectasia sospettata dal paziente era un fatto vaso-motorio intermittente in relazione coll'indole eretistica dell'individuo, e colla dispepsia, che contribuiva a produrre certi fatti nervosi.

Secondo l'Autore, nella provocata contrazione del polso si ha un mezzo per valutare i fenomeni vascolari in una data sezione del sistema nervoso, e anche per la terapia. Dove si provoca facilmente la contrazione del polso, là sussiste una condizione di eretismo nervoso vaso-motorio (eretismo che come è noto è compagno della facile esauribilità nervosa, quindi in alcuni casi alla contrazione del polso tien dietro una espansione anche maggiore di quella precedente allo sperimento). E quando si vuole ammettere od escludere, aggiunge l'Autore una alterazione trofica delle arterie, gioverà accertare che la contrazione provocata del polso si ottiene nel grado massimo o nel minimo. Il grado minimo di contrattilità del polso fu dall'Autore sempre riscontrato in casi che deponevano per la malattia delle arterie in corso. Ognuno può fare di ciò l'esperienza sopra radiali o temporali, di cui l'una sia palesemente alterata; la contrazione provocata sarà nulla o piccolissima dal lato della alterazione.

BIBLIOGRAFIA

Elenco delle Memorie originali pubblicate ne' Giornali medici inviati agli *Annali universali di Medicina* (1).

Annali clinici dell'Ospedale degl' Incurabili (Napoli).

Luglio, Agosto, Settembre, N. 7-9. — *De Ritis M.* Pseudocorea isterica di origine imitativa. — *Jacontini G.* Tre casi di cirrosi atrofica del fegato complicati da disturbi cerebrali estranei alla lesione epatica (con i reperti). — *Scibelli M.* Operazioni di ernie. — *D'Evaut F.* Due casi di rinotomia per sarcoma delle fosse nasali. — *Notarianni M.* Attualità degli infermi oftalmici nell'Ospedale degl'Incurabili e breve statistica di alcune operazioni di cateratta.

Annali di Ostetricia e Ginecologia (Milano).

(N.° straordinario). — *Fasola E.* Alcune considerazioni sopra 3 gravidanze gemelle. — *Lauro V.* Contribuzione allo studio del bacino cifotico.

Novembre-Dicembre, N. 9-12. — *Lauro V.* Della rachitide nella vita endouterina. — *Id.* Un altro pelviclisiometro. — *Martinetti A.* Considerazioni sul meccanismo del parto di due feti mostruosi.

Annali di Ottalmologia (Pavia).

N. 4. — *Rampoldi.* Ricerche sperimentali e note cliniche di ottalmologia. — *Mazza.* Le injezioni ipodermiche di calomelano. — *Rampoldi* e *Faravelli.* Annotazioni cliniche e rapporti statistici.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique (Parigi).

Ottobre, N. 10. — *Broca.* Contribution à l'étude du développement de la face; études sur le bec de lièvre complexe de la lèvre supérieure. — *Rouvier Jules.* I. Vulvo-vaginite consécutive à un corps étranger du vagin chez une petite fille de 7 ans; guérison. II. Des vomissements incoërcibles en dehors de la grossesse; de la dilatation du col.

---

(1) Queste indicazioni comprendono per la massima parte il trimestre Ottobre, Novembre e Dicembre 1887.

Novembre, N. 11. — *Terrillon.* Inflammation de la trompe et de l'ovaire; laparatomie; ablation des annexes de l'utérus. — *Ribemont-Dessaignes.* De l'abaissement d'un bras, ou des deux bras, comme méthode applicable à l'extraction du tronc, après la basiotripsie dans les bassins rétrécis. — *Varnier.* Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement (N. 12).

Dicembre, N. 12. — *Dumas Léon.* Sur l'identité probable de l'oedème des nouveau-nés avec la phlegmatia alba dolens. — *Leblond Albert* et *Baudier.* Considérations médico-légales sur les écoulements de liquide provenant de l'utérus.

Annales et Bulletin de la Société de Médecine de Gand
(Gand).

Settembre, N. 9. — *L. Colson.* Le muscle supra costal. — *Leboucq H.* L'apophyse styloïde du 3.° métacarpien chez l'homme (N. 10).

Ottobre, N. 10. — *Van Duyse* et *Cruyl.* Myxo-sarcome de la paupière supérieure (N. 11).

Novembre, N. 11. — *Debersaques Ch.* Observation d'un cas de méningite cérébro-spinale chronique avec atrophie congénitale du cerveau.

Archives générales de Médecine (Parigi).

Ottobre, N. 4. — *Dewevre.* De la mort subite dans la fièvre typhoïde (N. 6). — *Cazin* et *Iscovesco H.* Des rapports du rachitisme avec la syphilis (N. 5). — *David Th.* La stomatite aphteuse et son origine. — *Foubert G.* De la pneumotomie. — *Marfau.* Syncope locale des extrémités supérieures à la suite d'une commotion médullaire.

Novembre, N. 5. — *Brouardel.* Suette miliaire du Poiton en 1887. — *Bazy.* De l'hydrocèle vaginale à prolongement abdominal ou hydrocèle en bissac de Dupuytren (N. 6). — *Giraudeau C.* Des névrites périphériques.

Dicembre, N. 6. — *Monod Ch.* et *Arthaud G.* Contribution à l'étude des altérations du testicule ectopique, et de leurs conséquences (infécondité). — *Delmas.* Contribution à l'étude des localisations spinales. — *Berthod.* Les enfants nés avant terme. La conveuse. — *Vilcoq.* Ulcère simple du duodénum.

Archives de Laryngologie, de Rhinologie et des Maladies de premières voies respiratoires et digestives
(Parigi).

N. 1. — *Verchère.* Des indications opératoires dans certaines tumeurs récidivantes de la cavité et de l'arrière-cavité des fosses nasales. — *Le Gendre P.* Traitements antiseptiques de la diphtérie.

N. 2. *Jalaguier Ad.* et *Ruault A.* — Polype en grappe de la fosse nasale droite, faisant saillie dans le naso-pharynx; céphalalgie, douleurs névralgiques, irritabilité nerveuse excessive; extirpation de la tumeur par les voies naturelles; guérison. — *Cartaz.* De la persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations adénoïdes. — *Gaucher.* Sur une méthode de traitement de l'angine diphthérique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente. — *Ruault Albert.* Epiglottite œdémateuse circonscrite primitive (angine épiglottique postérieure). — *Broca A.* Observations sur la pathologie des glandes salivaires (fistule du canal de Sténon; calculs du canal de Wharton). — *Ruault Albert.* Examen du larynx et du nez d'un lépreux.

Archives Roumaines de Médecine et de Chirurgie (Parigi).

N. 2. — *Felix J.* De la nécessité des hôpitaux d'isolement et de l'installation de ces hôpitaux. — *Touatre J.* Guérison des coliques hépatiques par l'évacuature des calculs biliaires. — *Kiriac J.* Contribution à l'étude de l'amputation de la verge. — *Bastaki Th.* I. Thrombus de la vulve pendant la grossesse. II. Rupture de l'utérus. Procidence du grand épiploon. Guérison. — *Verchère.* Des traumatismes du crâne par armes à feu de petit calibre. Clinique et thérapeutique.

Ateneo (L') Medico Parmense (Parma).

N. 4. — *Bossi L. M.* Le injezioni endouterine. — *Guerra Pietro.* Anomalie rinvenute in cadaveri di delinquenti e di normali (arti superiori). — *Ferrari A.* Dei rumori che si sentono nelle ferite dei vasi. Esperimenti ed osservazioni. — *Picchini Luigi.* Sopra un caso di artrite e periartrite suppurata nel decorso di una pneumonite destra (Sezione clinica).

Atti dell'Istituto Veneto (Venezia).

Disp. 8.ª — *Tamassia A.* Sull'antagonismo fisiologico tra la stricnina e nicotina. Ricerche sperimentali.

Dispensa 10.ª — *Tamassia A.* Sulla docimasia gastrica secondo i più recenti studi. — *Lussana F.* Le circonvoluzioni cerebrali in rapporto ai costumi degli animali. — *Spica M.* Studio chimico dell'*aristolochia serpentaria.* — *Spica M.* e *Halagian G.* Analisi delle acque che alimentano i pozzi della città di Oderzo. — *Anderlini F.* Il glicogeno negli animali inferiori. — *Vigna C.* Sopra un caso di paranoia rudimentale impulsiva d'origine nevrastenica.

Brazil medico (Rio de Janeiro).

Settembre, N. 34. — O segredo medico e a molestia do Imperador (N. 36-37). — *Lutz Adolpho.* Ankilostoma duodenal e ankilostomiase (N. 37).

Ottobre, N. 36. — *Góes Araujo.* O microbio de febre amarilla.

N. 45. — *De Moura Julio.* Nota sobre un caso curioso de clinica. Erros e difficuldades de diagnostico. Discussão a respeito. E' possivel caracterisar-se nosologicamente a molestia chamada per Péan *peritonite gelatinosa?* — *Ottoni David.* Maturidade da cataracta. — *De Macra Julio.* Un caso de kysto-dermoide da pleura direita.

Buffalo Medical Surgical Journal (Buffalo negli Stati Uniti).

Ottobre. — *Hicks Braxton.* Contraction of the Uterus throughout Pregnancy. — *Mc Callum, Duncan C.* Vicarious Menstruation. — *Lazarewitch.* Mechanism of Labor. — *Lowenberg.* Bacteriology of Aural Furuncles. — *Andrews Judson.* Care of the Insane in the United States. — *Philips Charles.* Certain Drugs on the Circulation of the Kidneys. — *O' Dwyer.* Intubation of the Larynx. — *Wathen W. H.* Rapid Dilatation of the Cervix Uteri. — *Browne Lennox.* Treatment of Tuberculosis of the Larynx. — *Ravogli.* Lupus Erythematosus.

Novembre, N. 17. — *Fell Geo. E.* Forced Respiration in Opium Poisoning. Its Possibilities, and the Apparatus best adapted to produceit. — *Eliot Gustavus.* The Treatment of Neuralgia in General Practice. — *Philpott J. W.* A Case of Prostatic Calculus.

Dicembre, N. 12. — *Clark Edw.* A Study of some of the Rectal Disorders of Pregnant Women. — *Palmer C. D.* The Therapeutic Value of some Medicines in the Treatment of Hemorrhagic Conditions of the Uterus. — *Heath W. H.* Concerning the Treatment of Bubo by Extirpation of the Glands. — *Potter Hamilton Frank.* A Curious Effect of Cocaine. — *Totman D. M.* A Contribution to the Study of Colles Fracture.

Bulletin Médical (Parigi).

Ottobre, N. 62. — Le service médical pendant la mobilisation du 17ᵉ. corps.

N. 64. — *Poyet.* Ulcérations imaginaires de la langue.

N. 65. — *Terrillon.* Du lavage du péritoine après la laparotomie.

N. 66. — *Grancher.* Du noma.

N. 67. — *Hache.* Traitement chirurgical du cancer de l'éstomac et des rétrécissements fibreux de ses orifices.

N. 68. — *Teissier.* De l'albuminurie intermittente cyclique des jeunes sujets.

N. 69. — *Lesage.* Diarrhée verte des enfants du premier âge.

N. 70. — *Terrillon.* Scoliose et coxalgie simulées, dues au raccourcissement d'un des membres inférieurs.

Novembre, N. 71. — *Dujardin Beaumetz.* De l'hydrothérapie dans le traitement des maladies chroniques. — Inauguration du Monument élevé à Tours à la mémoire de Bretonneau, Velpeau et Trousseau (Discours des prof. Duclos, Guyon, Peter). — *Horteloup.* Hernie ventrale consécutive à un abcès tuberculeux; cure radicale; legère récidive.

N. 73. — *Pinard.* Des moyens de provoquer l'accouchement.

N. 74. — *Dubief.* Du *strophantus hispidus.*

N. 75. — *Budin.* Organisation de l'enseignement pratique des accouchements.

N. 66. — *Pozzi S.* Progrès et évolution de la gynécologie contemporaine.

N. 77. — *Hache Maurice.* De l'extirpation du larynx. — *Chouppe* et *Pinet.* Du rôle du foie dans les empoisonnements par la strychnine.

N. 78. — *Le Fort L.* L'organisation matérielle de la clinique chirurgicale.

N. 79. — *Le Fort.* De l'hystérectomie vaginale.

N. 80. — *De Saint-Germain.* Du spina-ventosa, de l'onyx-strumeux et de leur traitement chirurgical.

N. 81. — *Dujardin-Beaumetz.* De l'hydrothérapie dans le traitement des maladies aigues et fébriles.

N. 82. — *Proust.* Des affections diverses pouvant compliquer la vaccine en dehors de la syphilis vaccinale. — *Netter.* Rapport de M. M. Koch et Gaffky sur les travaux de la Mission Allemande du Choléra, en Egypte et dans l'Inde (N. 84, 85).

N. 83. — *Toinot.* Le tétanos, son inoculation; la nature.

N. 84. — *Guyon.* Carcinose prostato-pelvienne diffuse.

N. 85. — *Legroux.* Séméiologie générale des maladies infectieuses.

N. 86. — *Mollière Daniel.* Laryngectomie dans un cas d'épithélioma du larynx. — *Commenge.* La prostitution devant l'Académie de médecine de Belgique (N. 88). — *Tolédono.* Contagiosité de la pelade.

N. 87. — *Jaccoud.* Traitement du rhumatisme articulaire aigü à caractère viscéral.

N. 88. — *Mathieu.* L'antipyrine à l'étranger.

Bulletin général de Thérapeutique (Parigi).

Ottobre, N. 7. — *Dujardin-Beaumetz.* De l'hydrothérapie (N. 8, 10, 11). — *Dupont Maurice.* De l'oxigène à l'état naissant. — *Guelpa.* Contribution au traitement de la diphthérie (N. 8). — *Lapeyre.* Sur un cas d'éclampsie puerpérale.

N. 8. — *Verneuil.* Sur le traitement de la syphilis.

Novembre, N. 9. — *Terrillon.* Trois nouvelles observations d'hématosalpingite et ovarite. Leur traitement chirurgical. — *Maurel.* De la cyrtographie, stéthométrie et stétographie (N. 10). — *Cantrelle.* Déodorisation de l'iodoforme. Iodoforme cocaïné.

N. 10. — *Geneuil.* Des injections de jus de citron dans les épistaxis.

Dicembre, N. 11. — *Bonamy.* Dan les épidémies dites « de maison », l'eau n'est pas toujours en cause.

N. 12. — *Poulet.* Contribution à l'étude de l'emploi du *Strophantus hispidus* en médecine et spécialement de son application au traitement

de la néphrite scarlatineuse et de certaines paralysies locales d'origine périphérique. — *Cantielle E.* Sur les taenias et leur traitement.

Bullettino della R. Accademia medica di Roma.

Giugno. — *Celli Angelo.* Ricerche sperimentali sul virus rabbico. — *Colasanti G.* e *Guarnieri G.* La glomerulonefrite nella rabbia sperimentale. — *Colasanti G.* e *Moscatelli R.* L'acido paralattico nell'orina dei soldati dopo le marcie di resistenza. — *Marchiafava E.* e *Celli A.* Sull'infezione malarica. Proposta di un regolamento da osservarsi dalle levatrici nell'assistenza igienica delle partorienti e delle puerpere. — *Pos'empski Paolo.* Cinque laparotomie per estirpazione di quattro tumori ovarici ed uno uterino. — *Leoni Ottavio.* Di alcune tossi ostinate in rapporto a vizj di conformazione acquisiti e congeniti dell'ugola. — *Bertè Francesco.* Sull'arteria dorsale e sulla forma dell'asta nell'impotenza virile. — *Ferraresi Oreste* e *Guarnieri Giuseppe.* Sopra un caso di morva dell'uomo. — *Poggi Alfonso.* La cicatrizzazione immediata delle ferite dello stomaco in rapporto ai diversi metodi di suture. — *Ferraresi Oreste.* Gastrite flemmonosa. — *Bonuzzi Pietro.* I vasomotorj ed i centri vasomotorj nel midollo spinale e nel cervello. I nervi vasodilatatorj nelle radici posteriori del midollo spinale.

Centralblatt für Chirurgie (Lipsia).

Ottobre, N. 42. — *van Walsem.* Ueber eine eigenthümliche Bruchform (*Hernia intramesenterica*). — *Richter*, *König*, *v. Volkmann.* Bernhardt Langenbeck.

N. 43. — *Streit.* Ein pathognonomisches Zeichen zur Diagnose der Dermoide.

Novembre, N. 45. — *Kümmell.* Zur Frage der operativen Behandlung der inneren Darmeinklemmung.

N. 47. — *Gubaroff.* Ueber extraperitoneale Explorativeschnitte in der *Linea alba.*

N. 48. — *Pawlowsky.* Beiträge zur Aetiologie und Entsthehunsweise der akuten Peritonitis.

Dicembre, N. 49. — *Wahl Ed.* Zurechstellung.

N. 50. — *Roser W.* Zur Lehre von den Periostitis albuminosa.

N. 51. — *Obalinski A.* Zur Technik der Unterschenkelampulation.

N. 52. — *Malthes.* Revolverschuss in den Magen; Heilung.

Centralblatt für klinische Medicin (Lipsia).

Ottobre, N. 42. — *Peiper.* Zu Aetiologie des Trismus. Tetanus neonatorum.

Novembre, N. 46. — *Beltelheim.* Eine Modifikation der Bandwurmkur.

N. 48. — *Ruhemann.* Beitrag zu der Poliemcephalitis acuta. Tod im Initialstadium. Sektionsbefund.

Centralblatt (Medicinisch Chirurgisches) (Vienna).

Ottobre, N. 40. — *Eigner.* Ueber Bromismus nebst einem Falle desselben mit letalem Ausgange (N. 41, 43, 44). — *Hofmokl.* Ueber Chirurgie der Gallenwege (N. 41). — *Orlowski.* Extirpation der Milz (Laparosplenectomia (N. 41).

N. 42. — *Giller.* Beitrag zur Therapie des unstillbaren Erbrechen einer Schwangeren. — *Sée Germain.* Das Antipyrin als schmerzstillendes Mittel. — *Widerhofer.* Ueber die Behandlung der Rhachitis.

N. 43. — *Pluytte.* Ueber die Naso-Pharingealfibrome bei Weibe. — *Orloff.* Casuistische Beiträge zur Localanästhesie mit Cocaïnum muriaticum.

N. 44. — *Soyka.* Die Bacteriologie in ihrer Bedeutung für die medicinische Wisschschaft (N. 45, 46, 47).

N. 45. — *Nothnagel.* Ueber die Localisation der Gelenkrankheiten (N. 46, 47, 48). — *Kurz Anton.* Ueber Tuberkulose der Nieren und des Harnapparates überhaupt (N. 46).

N. 47. — *Erb W.* Ueber Hyoscin. — *Kurz Anton.* Ein Fall von Haemophile (N. 48).

Dicembre, N. 48. — *Dettweiler* und *Penzoldt.* Ueber die Therapie der Lungenschwindsucht.

N. 49. — *Coën R.* Ueber Aetiologie und Therapie des Stotterübels. — *Batek Leopold.* Extractum Piscidae. — *Pribram Alfred.* Ueber Therapie der Bauchfelltuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Laparatomie (N. 50, 51, 52).

N. 50. — *Brouardel.* Ueber die Verbreitungsweise des Abdominaltyphus (N. 51, 52). — *Widerhofer.* Ueber Lebensschwäche.

N. 51. — *Guranowski.* Photoxylinlösung als Mittel zum Verschluss persistenter Trommelfellperforationen.

N. 52. — Ueber die Wirkung der Strophantus Samen im Allgemeinen und deren Anwendung bei Herz, und Nierenkrankheiten.

Commentari dell'Ateneo di Brescia per l'anno 1887
(Brescia 1887).

Rodolfi Rodolfo — La stazione sanitaria alpina in Collio di Valtrompia nell'estate del 1886. — *Ghidinelli Bortolo.* Le povere fanciulle alla stazione suddetta. — *Rota Antonio.* L'igiene per le scuole. — *Duse Sante.* Il litotromo del dott. Antonio Duse. — *Florioli Pietro.* La pellagra: situazione. — *Bonizzardi Tullio.* Il sistema di fognatura a mezzo della canalizzazione ne'suoi rapporti colla scienza e colle vere cause di salubrità delle città che nella relazione municipale torinese si asseriscono redente dalla stessa canalizzazione.

Cronaca del Manicomio provinciale in Voghera.

N. 8-9. — Il nostro Manicomio e la Clinica psichiatrica di Pavia all'Esposizione del XII Congresso dell'Associazione medica italiana.

N. 11. — Nevrologi e psichiatri. I martiri della Psichiatria (N. 12).

N. 12. — Pazzi e giornali.

Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier.

Ottobre, N. 40. — *Grynfeltt H. J.* Un cas de spondylizème; description de la pièce pathologique.

N. 41. — *Grynfeltt H. J.* Thrombus de la vulve et du vagin. Observation. — *Machado.* Résection du parietal gauche et d'une partie du frontal.

N. 42. — *Bonnet.* Du procédé de Defer dans le traitement de l'hydrocèle.

N. 43. — *De Madrazo Diego.* Rectomie externe.

N. 44. — *Dubrueil.* Un cas de pneumotomie.

Novembre, N. 45. — *Mossé.* La syphilis est-elle une affection exclusivement spéciale à l'homme? Nouveaux essais d'inoculation au singe. — *Ville J.* Quelques considérations sur la nomenclature des nouveaux médicaments.

N. 46. — *Kiener.* Éloge de M. Estor (N. 47). — *Forgue.* Pathologie des muscles péri-articulaires dans les arthrites (N. 50). N. 47. Vedi N. 46.

N. 48. — *Malasse.* Synthèse et essai physiologique d'un nouvel alcaloïde artificiel. — *Forgne.* De l'enseignement de l'anatomie descriptive. — *Dubouchet A.* Documents pour servir à l'histoire de l'Université de Médecine de Montpellier (N. 50).

N. 49. — *Gilis.* De l'embryologie; son histoire; son rôle dans les sciences anatomiques (N. 50, 51).

N. 50. — Vedi N. 46, 48, 49.

N. 51. — *Dumas.* Cancer primitif du foie; hérédité directe et collaterale; mort par hémorrhagie.

N. 52. — *Gilis.* Kyste de l'ovaire: ovariotomie. — *Serre G. H.* Statistique des opérations pratiquées dans le service de la Clinique chirurgicale.

N. 53. — *Forgue.* Des troubles trophiques et des lésions cutanées de membres variqueux.

Gazette des Hopitaux (Parigi).

Ottobre, N. 118. — *Verchère F.* De la conduite à tenir après l'ablation des tumeurs de la face. — Association française pour l'avancement des Sciences, XVI.ᵉ session (N. 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125).

N. 119. — *Brouardel.* Vulvite spontanée, traumatique, blennorrhagique. Pelvipéritonite consécutive à un traumatisme vénérien. Diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès.

N. 120. — V. N. 118.

N. 121. — *Jacquet.* Des érythémes polymorphes.

N. 122. — *Maillot.* De l'influence de la thérapeutique et de l'hygiène dans la décroissance de là mortalité dans la région de Bone (Algérie).

N. 123. — V. N. 118.

N. 124. — *Ricard.* D'une déformation particulière des ortéils désignée sous le nom d'orteil en marteau.

N. 125. — *Charcot.* Monoplégies brachiales, traumatiques et hystérotraumatique.

N. 126. — *Brouardel.* Diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès· Vulvite aphteuse, diphtéritique. Examen de l'inculpé. Examen de la victime. — *Trélat.* Épithélioma du rectum, colotomie lombaire. — *Coutoux Léonce.* De l'otologie (N. 141).

N. 127. — *Picqué Lucien.* De la périnéorrhaphie appliquée aux déchirures complétes du périnée. — *Galippe.* La droiterie et la gaucherie sont-elles fonctions de l'éducation ou de l'hérédité?

N. 128. — *Brouardel.* Accidents consécutifs au viol. Un homme seul peut-il violer une femme qui résiste? Une femme peut-elle être violée sans le savoir, notamment dans le sommeil magnétique. — *Reclus.* Traitement des kystes hydatiques du foie. — *Zinni A.* Traitement de la bronchopneumoni des enfants par l'iodure de potassium. — *Peyrand.* Recherches sur les effets biologiques de l'essence de tanaisie; de la rage tanacétique ou simil-rage.

N. 129. — *Trélat.* Hernie de l'ovaire. — *Peter.* Pleurésie aiguë, épanchement considérable, indications et contre-indications de la thoracentèse. — *Sirvau.* La diète animale en thérapeutique.

N. 130. — *Duplaix J. B.* Des polynévrites.

Novembre, N. 131. — *Brouardel.* Le viol dans le sommeil hypnotique. — *Mauriac.* Diagnostic et pronostic du sarcocèle syphilitique. — *Louge.* Anomalies musculaires: entrecroisement surnuméraire des radiaux externes.

N. 132. — *Reclus.* Kyste dermoïde du plancher de la bouche. — *Simon J.* Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse.

N. 133. — *Verchère.* Fractures et massage.

N. 134. — *Brouardel.* Étude médico-légal du somnambulisme. — *Reclus.* Étranglement herniaire, taxis, kélotomie. — *Poncet.* Le clou de Gafsa.

N. 135. — *Pinard.* De la conduite à tenir pendant la demi-heure qui suit la sortie de fœtus. — *Alvin.* L'irrigation d'eau très-chaude contre les épistaxis graves.

N. 136. — *Parmentier Émile.* L'ictère catarrhal d'après les travaux récents.

N. 137. — *Brouardel.* Examen des inculpés du crime de viol; examen des taches de sperme. — *Potain.* Pneumonie congestive et pneumonie franche; bronchopneumonie double; bronchite capillaire. — *Pomarel.* Contribution au traitement chirurgical de l'ongle incarné.

N. 138. — *Trélat.* Épithélioma de la langue, du plancher de la bouche et du pilier antérieur du voile du palais. — *Ramonet.* Traitement des abcès du foie par la méthode de Little. — *Labastide S.* Influence de la digestion sur certaines diathèses.

N. 139. — *Tissier Paul.* Cancer du larynx. — *Colin Léon.* Conditions hygiéniques des prisons de la Seine.

N. 140. — *Reclus.* De la fièvre de croissance. — *Peter.* I. Tuberculose pulmonaire et péritonite tuberculeuse (N. 146). II. Chlorose, insuffisance mitrale. III. Épanchement pleurétique, ponction et révulsifs. — *Boucheron.* Folie mélancolique et autres troubles mentaux dépressifs dans les affections otopiésiques de l'oreille.

N. 141. — *Peter.* Des névroses sans lésion et des névroses avec lésion matérielle. — *Berger Paul.* Autoplastie par la méthode italienne modifiée.

N. 142. — *Secheyron L.* Antisepsie et asepsie en obstétrique. — *Budour.* Souvenir de l'expédition de 1881 en basse Tunisie (Colonne de Tébessa).

N. 143. — Réformes à introduire dans l'organisation de l'École d'application de médecine et de pharmacie. — *Brouardel.* Signes de la grossesse; sa grossesse peut-elle être méconnue par une femme?

Dicembre, N. 144. — *Jaccoud.* Scarlatine et myocardite; rhumatisme articulaire aigu, endopéricardite, rétrécissement mitral, rétrécissement et insuffisance aortiques, hypertrophie du cœur. — *Roussel.* Antisepsie pulmonaire hypodermique. Traitement antimicrobien de la phthisie.

N. 145. — *Valude E.* Traitement des rétrécissements et inflammation des voies lacrymales. — *Montaz.* Du traitement de la scoliose par la méthode de Sayre: résultats éloignés.

N. 146. — *Segond.* Abcès tuberculeux de la cuisse, injections d'éther iodoformé ou opération sanglante. — *Peter.* Bronchopneumonie double. — *Le Bec.* Orteil en marteau, résection de l'articulation de la première et de la deuxième phalange. — *Louge P.* Procédé zinco-cuprique spécialement applicable aux sciences médicales pour la reproduction typographique fidèle des tracés graphiques sans hélio-gravure.

N. 147. — *Brouardel.* Opération césarienne; signes de l'accouchement récent, signes de l'accouchement ancien. — *Durrant.* Du traitement antiseptique des maladies de l'appareil respiratoire et en particulier de la tuberculose pulmonaire.

N. 148. — *Ruault Albert.* Les névropathies réflexes d'origine nasale.

N. 149. — *Ball.* Le morphinomane abstème. — *Louge P.* De la teinture d'iode comme traitement préventif des accidents consécutifs aux piqures anatomiques. — *Gellé.* La valeur sémiotique de l'audition de la parole suivant les âges.

N. 150. — *Fournier*. Un cas de syphilis héréditaire caractérisé par une infiltration gommeuse quasi généralisée.

N. 151. — *Toupet*. Pneumo-typhoïde.

N. 152. — *Segond*. I. Kyste dermoïde de la joue. II. Prolapsus congénital du rectum avec rétrécissement. — *Fournier*. De l'acné. — *Bloch Adolphe*. Nouvelles applications thérapeutiques de l'antipyrine.

N. 153. — *Brouardel*. Perte de poids du placenta, après son expulsion; pendant combien de temps peut-on affirmer qu'une femme est accouchée? etc. — *Reclus*. Fongus du testicule.

N. 154. — *Michaux*. Des modifications apportées par l'antisepsie dans les regles du traitement de l'étranglement herniaire.

N. 155. — *Descroizilles*. Oèdéme de la glotte. Oesophagite, gastro-entérite aiguës, par ingestion de bouillon très-chaud chez un très-jeune enfant; mort promte; autopsie.

N. 156. — *Peter*. I. Hystérie et suggestion. II. De la revulsion dans les maladies inflammatoires. — *Moricourt*. Hystérie chez l'homme; accès de léthargie et de sonnambulisme spontanés; insuccès de l'électricité statique et de l'hydrothérapie.

N. 157. — *Bervey*. De l'ulcère simple de l'oesophage. — *Vernet C.* Un cas de nigritie de la langue. — *Gripouilleau*. Bras artificiel.

Gazette Therapeutic (Detroit).

Ottobre, N. 10. — *Dujardin-Beaumetz*. Antithermic Medicaments considered as Sedatives of the Nervous System. — *Fliesburg Oscar. A.* A Few Practical Notes on the Use of Salicylate of Ammonium, Apomorphine, Sodio-Salicylate of Caffeine, Jodol, and Resorcin. — *Comstock A.* Sierra Salvia, or Rocky Mountum Sage. — *Stockwell Archie G.* Curiosities of Therapeutic (N. 11).

Novembre, N. 11. — *Dujardin-Beaumetz*. New Antiseptic Methods o Treating Pulmonary Diseases. — *Hutchinsou Randall*. The Pysiological Action of Climicifuga racemosa. — *Cammann*. Terebene for the Relief of Dyspnoea. — *Humphreys Frank B.* Antipyretic Pills.

Dicembre, N. 12. — *Dujardin-Beaumetz*. A Lecture on Hydrotherapy. *Cochran M. B.* Carbolate of Camphor. — *Holmes E. W.* Intermittence in Disease. — *Githens W. H. H.* Recovery from Four-fifths of a Grain of Hyoscine. — *Eklund F.* A Few Words of a Certain Kind of Insomnia.

Gazette médicale de Paris (Parigi).

Ottobre, N. 40. — *Letulle*. Voleuses honnêtes (N. 44). — *Guillet*. Kyste de la trompe gauche fixé dans le petit bassin par des brides péritonéales et comprimant la vessie et l'uretère gauche. Cystite et urétéropyélite ascendante. Mort. Autopsie. — *Desnos*. Des urétérites et de l'exploration des urétères (N. 42, 43, 44).

N. 41. — *Brouardel P.* Des modes de propagation de la fièvre typhoïde. — *Chassagne Amédée.* Études de médecine militaire (N. 42, 43).

N. 42. — *Delvaille.* Le surmenage intellectuel et les colonies sanitaires de vacances.

N. 43. — *Fiessinger.* La fièvre à rechutes chronique. — *Fabre Paul.* Notes sur trois épidémies d'oreillons observées à Commentry (1875, 81, 87) (N. 44, 45, 47).

N. 44. — *Redard P.* Du traitement des tumeurs érectiles par l'él'ectrolyse.

Novembre, N. 45. — *Masse E.* La région sous-glottique du larynx.

N. 46. — *Fiessinger.* Inflammation suppurative des cellules mastoïdiennes. Guérison par la trépanation de l'apophyse mastoïde.

N. 47. — *Pozzi S.* Notes sur l'enseignement de la Gynécologie en Allemagne. — *Albertus.* Les étoiles doubles de la médecine (N. 5i).

N. 48. — *Jaccoud.* Sur deux cas d'érysipèle de la face. — *Guinon Louis.* Hystérie mercurielle.

Dicembre, N. 49. — *Pozzi S.* Pyosalpingite double avec ovarite suppurée gauche. Salpingo-oophorectomie double sans drainage consécutif. Guérison. — *Amat Charles.* De la thoracoplastie (N. 51, 52).

N. 50. — *Robin Albert.* L'antipyrine. son action sur la nutrition, ses indications générales. — *Kirmisson.* Rétrécissement au rectum consécutif à un abcès de la prostate. — *Koeberlé.* Tumeurs polypeuses et papillaires du larynx. Asphysie imminente. Laringotomie thyroïdienne.

N. 51. — *Fournier.* Les accidents nerveux de la syphilis. — *Laurent Émile.* Chancre extra-génital siégeant à la racine du nez. Coryza spécifique. Syphilides génitales papulo-érosives.

N. 52. — *Lemoine George.* De l'action de l'antipyrine dans l'épilepsie. — *Bergeron.* Eloge de M. Bouillaud. — V. N. 49, 51.

N. 53. — *Dutil A.* Note pour servir à l'histoire des rapports de l'hystérie et du saturnisme.

Gazzetta medica italiana Lombardia. (Milano).

Ottobre, N. 40. — *Tansini Iginio.* Sopra un caso di resezione di stomaco e piloro per cancro. Guarigione (N. 41). — *Gasparini L.* Della polmonite crupale genuina (N. 41). — *Macchiavelli Paolo.* Note igieniche per truppe it.liane destinate in regione africana (costa del Mar Rosso).

N. 41. — V. n. 40.

N. 42. — *Magnani Luigi.* Sull'orchite d'origine palustre.

N. 43. — *Ciceri Battista.* Due estirpazioni totali d'utero dalla vagina. Distruzione del nervo mediano per nevralgia della mano e del braccio sinistro. — *Parona Ernesto.* Sulla questione del *Botriocephalus* e sulla priorità nello studio delle sue larve in Italia.

N. 44. — *Grossich Antonio.* Cura delle ulceri e piaghe croniche delle gambe e di altre forme morbose per mezzo dell'acido fosforico.

Novembre, N. 45. — *Giorgieri Carlo*. Di uno strano pregiudizio sulla vaccinazione animale (N. 46).

N. 46. — *Semmola M.* La medicina scientifica e la batteriologia innanzi al metodo sperimentale (N. 47).

N. 47. — *Spencer Wells*. Confronto fra il taglio cesareo e l'operazione Porro.

N. 48. — *Mori Giovanni*. Sulla fistola perianale congenita.

Dicembre, N. 49. — *Maggi Leopoldo*. Alcune notizie per la protistologia medica (N. 50).

N. 50. — V. N. 49.

N. 51. — *Giorgieri Carlo*. La profilassi della rabbia e la cura antirabbica di Pasteur (N. 52).

N. 52. — V. N. 51.

N. 53 — *Gasparini L.* Del virus ileo-tifoso.

Gazzetta degli Ospitali (Milano).

Ottobre, N. 79. — *Ceccherelli A.* A proposito di una resezione del fegato eseguita dal Loreta. — *Musser Edmondo*. Della pellagra (N. 80). — *Minella Francesco*. Un caso di falso pneumotorace.

N. 80. — *Rusconi*. Cachessia strumipriva e mixoedema (N. 81). — *Montegnacco Andrea*. Un caso notevole di pleurite purulenta sinistra. Toracentesi-pleurotomia. Recidiva, resezione costale, guarigione (N. 81).

N. 81. — *Ficano Giuseppe*. Deformità o corno del setto nasale, operato col metodo di Bosworth.

N. 82. — *Turazza*. Terapia della sepsi (N. 83, 84). — *Romei Serafino*. Epidemia d'ileo-tifo in Toverna. Cura quasi esclusivamente igienica con risultato vantaggioso (N. 83, 84). — Congresso medico di Pavia (N. 83, 84. 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103).

N. 83. — *Ingria Vittorio Emanuele*. Ulcere non infettanti della vagina.

N. 85. — *Passerini*. Stato attuale della terapia del colera (N. 86, 87). — *Pascale Giovanni*. Sinovite ed osteomielite tubercolare del ginocchio destro; resezione, guarigione per *primam*.

N. 86. — *Massalongo Roberto*. Etiologia e patogenesi delle bronco-pneumoniti acute; ricerche bacteriologiche.

N. 87. — *Luzzatto*. Su di un caso speciale di corea minore.

Novembre, N. 88. — *Pavesi*. Le albuminurie funzionali. — *Marcellini Gerardo*. Frattura comminutiva delle ossa craniche; ferite del cervello con perdita di sostanza cerebrale; guarigione completa.

N. 89. — *Ceccherelli Andrea*. Poche parole sulla chirurgia delle vie biliari. — *Tommasoli Pierleone*. Contributo allo studio della milza in rapporto colla sifilide.

N. 90. — *Schivardi Plinio*. Di alcuni recenti studj su varj rimedj nuovi (N. 92, 94). — *Jacontini Giuntini*. Contribuzione clinica allo studio delle infezioni multiple (N. 91).

N. 91. — *Melotti G.* Malattie nervose e malattie articolari.

N. 92. — *Gritti A.* Dell'incisione metodica degli ascessi della fossa iliaca interna (N. 93, 94).

N. 93. — *Gemma.* L'ipnotismo in Italia.

N. 95. — *Trovati.* Ulcera rotonda del duodemo. — *Cavallero G.* Ulteriori studj sull'influenza che la diminuzione della pressione atmosferica su circoscritti distretti aortici esercita sulla distribuzione del sangue.

N. 96. — *Rusconi.* La fognatura permanente della cavità peritoneale nei casi di ascite. — *Bertolero Pietro.* Cura della tubercolosi coll'anilina. — *Stefani A.* Intorno alle oscillazioni del tono delle orecchiette.

Dicembre, N. 97. — *Lucatello.* La malattia del Principe imperiale di Germania. — *Bareggi Carlo.* L'esame batteriologico del sangue dei morsicati come base razionale della cura Pasteur.

N. 98. — *Pavesi.* La saccarina. — *Galignani Antonio.* Diversi casi di epilessia, contrattura e nevralgia trattati collo stiramento dei nervi cubitale, mediano, piccolo occipitale, ischiatico, mentoniero e mascellare inferiore.

N. 99. — *Trovati.* Fenomeni di sfregamento ed ottusità nella pericardite (N. 100). — *Petrone Luigi.* Sulle strutture delle degenerazioni secondarie del midollo spinale. — *Zuccaro Giuseppe.* Contribuzione allo studio dei casi gravi di rottura dell'uretra maschile (N. 100).

N. 101. — *Cirelli Filippo.* Pulmonite o pulmoniti? — *Loreta Pietro.* Divulsioni del piloro e del cardias. — *Ingria Vittorio Emanuele.* Sulle uretriti muliebri (N. 102, 103).

N. 102. — *Gemma.* La porpora infettiva essenziale (N. 101). — *Fano G.* Sulle oscillazioni del tono delle orecchiette nell'*Emys europaea.*

N. 103. — *Petrone Luigi M.* Sulla struttura dolla nevroglia e delle fibre nervose del midollo spinale affetto da cronica infiammazione od indurimento.

Giornale della R. Accademia di Medicina (Torino).

Settembre-Ottobre, N. 9, 10. — *Morselli* e *Tanzi.* Sulle modificazioni del circolo e del respiro negli stati suggestivi dell'ipnosi. — *Perroncito.* Incapsulamento del megastoma intestinale. — *Id.* Ancora sulla priorità dell'osservazione dell'Actinomyces bovis. — *Fubini* e *Spallitta.* Rimarchevole tolleranza di ferite al cuore. — *De Paoli.* Del papilloma villoso della vescica.

Novembre-Dicembre, N. 11-12. — *Gibello G.* Discorso di apertura del nuovo anno accademico 1887-88. — *Morselli.* Sull'azione fisiologica dei bagni idro-elettrici monopolari (faradici e galvanici). — *Foà* e *Carbone.* Di un particolare elemento morfologico nella milza dei mammiferi. — *Foà* e *Bonome.* Contribuzione allo studio delle inoculazioni preventive. — *Foà* e *Carbone.* Di una reazione speciale degli elementi colo-

rati del sangue. — *Grassi* e *Rovelli*. Contribuzione allo studio dello sviluppo del Botriocefalo lato.

Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina (Roma).

Ottobre, N. 10. — *Baroffio F.* Il dott. comm. Giudici Vittorio, maggiore generale medico. — *Cipriano L.* Della congiuntivite granulosa e del sublimato corrosivo nella cura di essa. — *Sotis* A. Illustrazione di un caso di anchilostoma duodenale.

Novembre, N. 11. — *Bernardo Luigi*. La trapanazione del cranio a proposito di un caso di frattura del frontale con intropressione dei frammenti. — *Betti Tullio*. Sopra un caso di sarcoma parvicellulare del cervello.

Giornale della R. Società italiana d'Igiene (Milano).

Ottobre, N. 10. — *Bodio L* Di alcuni indizj del miglioramento delle condizioni igieniche e sanitarie in Italia. — *Feroci A.* I depositi di guano artificiale riguardo alla pubblica igiene a proposito di alcuni di essi in Cecina.

N. 11. — *Bordoni Uffredduzzi G.* L'esame biologico del ghiaccio in rapporto con la pubblica Igiene. — Relazione illustrativa del nuovo ricovero di mendicità in costruzione a Varese.

N. 12. — *Salveraglio Filippo*. Bibliografia della pellagra.

Incurabili (Gl') (Napoli).

Ottobre, Fasc. 20. — *Ria*. Terapia clinica. Ileo-tifo (N. 21, 22). — *Biondi Domenico*. Chirurgia polmonale (N. 21). — *Ungaro*. Pachimeningite cervicale ipertrofica. — *Tondino*. Caso di grave isterismo e guarigione. — *Caione*. La patogenesi dell'albuminuria transitoria nel catarro intestinale acuto.

Novembre, N. 21. — *Ungaro*. Le cirrosi del fegato. Reumatismo vertebro-meningeo.

N. 22. — *Calafato*. Cura dell'idrocele.

Dicembre, N. 23. — *Ungaro*. Statistica del 2.° semestre 1886, p. 817-835 (N. 824). — *Liguori*. Sull'aborto della sifilide. — *Bovecciato*. Si deve praticare la laparotomia per ferite d'armi da fuoco nell'addome?

Lyon médical (Lione).

Ottobre, N. 41. — *Phélip H.* Observation de lithotritie rendue possible par l'emploi du chlorhydrate de cocaïne en injections dans l'urèthre. — *Jacquemaire*. Conservation des solutions de phosphates calciques par l'acide carbonique. — *Lannois*. Du vertige de Menière.

N. 42. — *Horand.* Syphilide acnéique du nez.

N. 43. — *Audry.* Du pseudo-mal de Pott hystérique.

N. 44. — *Falcone Teobaldo.* À propos de 2 cas d'anévrysme de l'artère occipitale. — *Teissier J.* Nature et voies de propagation de la diphtérie.

Novembre, N. 45, — *Bouveret.* Suite de la statistique de la fièvre typhoïde à l'hôpital de la Croix-Rousse. — *Fiessinger Ch.* Inflammation suppurative des cellules mastoïdiennes; guérison par la trépanation de l'apophyse mastoïde. — *Audry.* De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

N. 46. — *Bouveret.* Observation de cécité totale par lésion corticale; ramollissement de la face interne des deux lobes occipitaux. — *Gangolphe.* Tuberculose perforante du crâne. — *Clément.* Ethnographie et démographie lyonnaises (N. 47, 48, 50).

N. 47. — *Rollet.* Épidémie de fièvre typhoïde à l'école normale et au Collège de Cluny (N. 48). — *Mollière D.* La maladie du prince royal de Prusse.

N. 48. — *Mayet.* Sur un nouveau sérum destiné à la dilution du sang pour la numération des globules rouges et blancs.

Dicembre, N. 49. — *Clément.* Note sur le traitement de la fièvre typhoïde.

N. 50. — *Tripier Léon.* De la stérilisation du coton, de la gaze et de l'eau servant au pansement des plaies. — *Leclerc.* À propos des traitements de la fièvre typhoïde; parallèle au point de vue de leur action sur les globules du sang. — *Gangolphe.* Résection de la plus grande partie du maxillaire inférieur; résultats opératoires et fonctionnels.

N. 51. — *Gouillioud.* Enfoncement du frontal avec issue de substance cérébrale; guérison sans aucun trouble fonctionnel. — *Trossat F.* Une épidémie de pneumonie chez des enfants. — *Fournie.* Sur la saccharine. — *Lacassagne.* Un aliéné en cour d'assises.

N. 52. — *Mollière.* Épithélioma laryngien; résection partielle du larynx. — *Bondet.* Rélation d'une épidémie de fièvre typhoïde en vue de l'étiologie. — *Rodet M. A.* La théorie de M. Duboué devant les faits; physiologie de l'infection rabique.

Il Morgagni (Napoli).

Ottobre, N. 10. — *Rattone G.* Dell'arterite tifosa (N. 11). — *Bonome A.* Contribuzione allo studio dell'anatomia patologica del cuore. — *Moglia C.* Un caso di trombosi purulenta del cuore da metastasi. — *Falcone T.* Sulle condizioni dell'insegnamento della medicina legale e della pratica medico-forense in Italia. — *Dello Strologo M. A.* Un caso di mutismo isterico guarito coll'ipnotismo.

Novembre, N. 11. — *Staurenghi C.* Annotazioni di anatomia topografica (N. 12) — *Caneva G.* Cenni storici e dati statistici della guardia

ostetrica di Milano. — *Gioja A.* Un pubblico provvedimento di profilassi ostetrica.

Dicembre, N. 12. — *D'Ajutolo G.* Nuovo caso di polipo sieroso in un sacco erniario. — *De Renzi E.* Sulla cura della tubercolosi. — *D'Antona A.* Fistola vulvo-vagino-rettale; miofibroma uterino. — *Polacco R.* Contributo clinico ed istologico allo studio dell'aborto interno. — *Sangregorio G.* Vajuolo e gravidanza.

News Medical (Filadelfia).

Ottobre, N. 14. — *Cohen Solis Solomon.* Recent Advances in the Treatment of Pulmonary Consumption. — *Hun Henry.* Gliomatous Hypertrophy of the Pons. — *Hare H. A.* An Interesting Case of Spurious Aneurism of the Innominate Artery. — *Porcher Peyre W.* Operation for Defection of the Nasal Septum.

N. 15. — *Da Costa J. M.* The Methods in the Medicine in the Near Present. — *Lusk W. T.* The Prognosis of Caesarean Operations. — *Hyde Neuns James.* Observations on 3 cases of Symmetrical Hand and Foot Disease. — *Stelwagon Henry W.* Notes on the Use of Medicated Rubber Plasters in Certain Cutaneous Diseases. — *Solis-Cohen J.* Antifebrin in Typhoid or Enteric Fever.

N. 16. — *Oster William.* On the General Etiology and Symptoms of Chorea. Based on the Records of 410 cases at the Infirmary for Nervous Diseases, Philadelphia (N. 17). — *Semmola Mariano.* The Pathogenic Conditions of Albuminuria. New Experiments and Clinical Investigations. — *Musser J. H.* The Treatment of the Final Stages of Phthisis. — *Macdonnel R. L.* On the Early Loss of Knee-jerk in Diphteria. — *Baldwin J. F.* Horny Growth of the Penis Two More Cases.

N. 17. — *Seiss Ralph W.* The Relations of chronic Pharyngitis to Intranasal and Aural Inflammation. — *Mays Thomas J.* Strophantine. — *Kramer S. P.* An Apparatus for the Quantitative Estimation of Sugar in the Urine. — *Juriss Louis.* A Case of Round: Called Sarcoma of the Larynx. — *Lautenbach Louis J.* General Conclusions, Derived from the Study of the Eyes of One Thousand Insane Patients.

N. 18. — *Wennig W. H.* Some General Remarks on Tumours of the Bladder. — *Mays Thomas J.* The Treatment of Pulmonary Consumption, with Report of Forty Cases. — *Hartzell.* Transient Benign Plaques of the Tongue. — *Marshall John.* The Composition of Gleditschine or Stenocarpine. — Report of the Committee of the College of Physicians of Philadelphia Appointed to investigate the Efficiences of our Quarantine Arrangements fer the Exclusion of Cholera and other Epidemic Diseases.

Novembre, N. 19. — *Tyson James.* The True Place of Milk in the Treatment of Diabetes mellittus. — *Fernald F. C.* Three Unusual Cases of Diphteria. — *Doilund W. A. N.* Ustilago Maydis. A Study of the

Drug With Reference to its Emplcyments as an Oxytoxic. — *Smith Theobald.* Spirillum Finkler and Prior, in Hepatized Lung-Tissue. — *Hulme Laure.* Case of Acute Ergotism Occurring Afther the Ingestion of a Fluidounce of the Fluid Extract of Ergot. — *Jurist Louis.* A Case of Perichondritis of the Cricoid Cartilage.

N. 20. — *Sternberg George M.* American public Health Association. The Annual Address (N. 21). — *Parvin Theophilus.* Injuries of the Foetus During Labor. — *Fox Joseph.* Two Cases of Adominal Section for Traumatism, and Two Cases of Stab Wound of the Abdomen With Protrusion of Omentum.

N. 21. — *Agnew Hayes.* A Death during, and a Death Before the Administration of Ether. — *Hunt Ezra M.* The Origin of Some Diseases. — *Hare H. A.* The physiological Action of the Oil of Turpentine.

N. 22. — *Gross Samuel* W. An Analysis of Two Hundred and Seven Cases of Carcinoma of the Breast. — *Hoffmann H.* The Treatment and Prophylaxis of Angina Tonsillaris. — *Morton J. K. Thomas.* Surgical Considerations of the Abdominal Complications of Typhoid Fever. — *Drysdale Thomas M.* Caesarean Operation, for the Relief of an Obstrucion, Caused by a Uterine Fibrom Impacted in the Pelvis.

Dicembre, N. 23. — *Whittaker James T.* Chronic Bright's Disease. — *Waughan Victor C.* Four Cases of Poisoning from Tyrotoxicon, with Three Fatal Results. Investigations as to the Origin of the Poison; Results of the Autopsy and Chemical Analyses. — *Hopkins Barton Wm.* Report of a Case of Wladimiroff-Mikulicz Osteoplastic Resection of the Foot. — *Solis Cohen J.* The Appearance of a Larynx nearly Twenty Years after the Extirpation of an Epithelioma by External Access. — *Smith William T.* An Obscure Case of Uncontrollable Emesis; Laparotomy; Death. — *Smith Allen J.* Sub-Benzoate of Bismuth, an Escharotic.

N. 24. — *Bartholow Roberts.* Some respiratory Neuroses. — *Flint Austin.* On the Elimination of Sulphuretted Hydrogen Artificially Introduced in to the Body. — *Grauer Frank.* On the Action of Sulphuretted Hydrogen on Certain Microorganism. — *Fox Joseph M.* Laparotomy for Intra-peritoneal Rupture of the Bladder. — *Ott Isaac.* A Heat Centre in the Contex Cerebri. — *Wilson L. D.* Case of Cerebral Abscess; Operation; Recovery. — *Dale J. Y.* Diabetes mellitus.

N. 26. — *Keen W. W.* Two Cases of Aneurism in Girls of Eighteen and Eight Years of Age: With a List of Reported Cases under Twenty Years of Age. — *Morton Thomas G.* Abdominal Section for Perforated Typhoid Ulcer. — *Solis J.* Treatment of Intralaryngeal Abscess from Necrosing Cartilage. — *De Schweinitz George E.* and *Hare A.* A Contribution to the Physiological Action of Hydrobromate of Homatropine, with a Summary of its Action on the Eye. — *Willard De Forest.* Fragilitas Ossium: Multiple Fractures (Thirty-Two) Occurring in Various Members of a Family.

N. 27. — *Stewart Denison David.* A Clinical Analysis of Sixtyfour

Cases of Poisoning by Lead Chromate. — *Smith Allen J.* A New Chromogenic Bacillus. Bacillus Coeruleus. — *Hutchinson C. R.* Effect of Bergeon's Treatment on the Urine of Phthisical Patients.

Polyclinic (Filadelfia).

Novembre, N. 5. — *Mittendorf.* Diseases of Eye Dependent on Herpes. — *Goodell.* Laceration of Cervix-Caruncle of Meatus Urinarius. – *Simes.* Stricture of Urethra. — *Sinkler.* Migraine in Childhood. — *Mays.* Therapeutic Indications for Theine(N. 16. — Rhinitis as a Cause of Acne of Face. — *Van Harlingen.* Three Cases of Leprosy. — *Lennox Browne.* An Unrecognised Cause of Throat Ailments. — *Bantock.* Removal of Uterine Fibroids by Abdominal Section.

Dicembre, N. 6. — *Steele A. K.* Surgical Clinic Cook County Hospital, Chicago. — *Roberts.* Notes on Cosmetic Surgery. – *Simes.* Stricture of the Urethra. — *Hamill.* Puerperal Malarial Fever. — *Mc Murtry.* Abdominal Surgery. – *Osler.* Mental Affections of Bright's Disease. — *Mears.* Relief of Painful Deglutition. — *Willard.* Foreign Bodies in the Urethra and Bladder.

Progrès médical (Parigi).

Ottobre, N. 40. — *Bernard.* Narcose chloroformique dans la trachéotomie hors du croup. — Association française pour l'avancement des sciences; Congrès de 1887 à Toulouse.

N. 41. — *Wathen.* Dilatation rapide du col de l'utérus. — *Ferret.* Méningite tuberculeuse consécutive à un simple débridement du canal nasal chez un scrofuleux.

N. 42. — *Sollier.* Hystéro-épilepsie supprimée par la suggestion hypnotique. — *Bouteillier.* Ovariotomie, guérison.

N. 43. — *Legry.* Hémorrhagies par rupture de varices des organes génitaux externes pendant la grossesse. — *Vigouroux.* Maladie de Basedow.

N. 44. — *Budin.* Perforation des petites lèvres et son mode de production. — *Marie.* Étiologie de l'épilepsie. — *Baratoux.* Syphilis héréditaire et lésions de l'oreille interne.

Novembre, N. 45. — Le *Numéro des Étudiants.* Faculté de médecine de Paris. — Cours; Musées, Bibliothèque; École pratique; Travaux pratiques, etc.

N. 46. — *Devaux.* Oxyures et symptômes pseudo-méningitiques. — *Ségalas.* Melancolie anxieuse avec délire des négations. — *Legry.* Hémorrhagies à la suite de rupture de varices des grandes lèvres. L'hystérie en Allemagne.

N. 47. — *Le Dentu.* Inversion de l'utérus pour extirpation des fibromyomes.

N. 48. — *Mantel.* Hémorrhagies tuberculeuses d'origine intra-pulmonaire chez les enfants au dessous de 7 ans (N. 49, 50). — *Budin.* Description d'un cas dans lequel l'accouchement n'a déterminé chez une primipare que des légères fissures. — *P. S.* Nouveautés thérapeutiques (*Strophantine — Hélénine — Sténocarpine*).

Dicembre, N. 49. — *Bruhl.* De la cardiocentèse (N. 50, 51, 53). — *Tripier.* Stérilisation du coton, de la gaze et de l'eau. — *Ollivier.* Uspitalisation des teigneux.

N. 50. — *Bara oux.* Audition colorée (N. 51, 52). — *Baudouin Marcel.* Glande pinéale et le 3.° oeil des vertébrés (N. 51).

N. 51. — *Charcot.* Syphilis et histérie.

N. 52. — *Terillon.* Ouverture des abcès pelviens. — *P. S.* La suette miliaire.

N. 53. — *Panas.* Périostite suppurée des parois de l'orbite consécutive à une suppuration du sinus frontal. — *Budin.* Note sur une tumeur du cordon ombilical. — *Raymond P.* L'intoxication mercurielle aux mines d'Idria.

Raccoglitore Medico (Forlì).

Ottobre, N. 10. — *Dall'Olio Vittorio.* Studj di semeiotica alla Clinica medica di Firenze. Brevi cenni. — *De Sanctis Sante.* Un caso di crampo della glottide d'origine isterica.

N. 11. — *Valentino Michele.* La frequenza e la importanza dell'embriotomia nella pratica del medico condotto.

N. 12. — *Casati Eugenio.* Il fosforo nella rachitide.

Novembre, N. 13. — *Lapponi Giuseppe.* L'antipirina nella cura della gotta. — *Landi Pasquale.* Dell'idrocele cronico e di alcune sue varietà (N. 14, 15).

Dicembre, N. 16. — *Cipriani Cipriano.* Un caso d'invaginamento ileocecale guarito in seguito a distacco considerevole dell'intestino stesso. — *Giommi Mario.* Di un'esofagotomia esterna per corpo estraneo.

N. 17. — *Testi Alberico.* L'anchilostomiasi nei mattonai del Faentino e nella Romagna. — *Vanni L.* Nuovo contributo clinico alla legge della diffusione nell'area gastrica dei rumori orici e valvulari.

Rassegna (La) di Scienze mediche (Modena).

Ottobre. — *Guzzoni degli Ancarani A.* Contributo alla diagnosi della gravidanza doppia. — *Tonini.* Un interessante caso di difterite. — *Bergonzini.* Un caso di sordità verbale. — *Vassale G.* Sulle alterazioni del pancreas consecutive alla legatura del condotto di Wirsung. — *Cecchini S.* e *Marchiò G.* Risultati delle seminagioni nel cavo peritoneale di frammenti di parenchima epatico, di ghiandole linfatiche e di capsule soprarenali. — *Caporaso L.* Sulla rigenerazione parziale del mi-

dollo spinale nei tritoni. — *Giovanardi.* Comunicazione di medicina legale. — *V. Rosa.* Un calcolo gastrico di cavallo.

Novembre. — *Rovighi A.* Sull'azione antipiretica dello Strofanto. — *Albertotti.* Comunicazioni di oftalmojatria. — *Giovanardi.* Comunicazioni di medicina legale.

Dicembre, N. 12. — *Albini E.* Rendiconto clinico dell'anno scolastico 1886-87. — *Roncaglia.* Un caso di retroversione e retroflessione d'utero in puerperio. — *Simonini L.* Casistica clinica. — *Casarini.* Comunicazioni dermopatologiche. — *Boccolari* e *Manzieri.* Esperienze sulla cataforesi elettrica. — *Saltini.* Sopra un caso di cisticereo nel vitreo.

Record (Medical) Nuova York.

Ottobre, N. 14. — *Claiborne J. Herhert.* Gledischine (Stenocarpine) the New Local Anesthetic. — *Beebe D. C.* Removal of Large Fibroid with Uterus and Appendages. — *Hayd Herman E.* A Visit to the New Brunswich Lazaretto. — *Riley Henry A.* Medical Cases in the Courts. — *Buck Albert H.* A Case of Rapid and Almost Total Loss of a Hearing in a Child, etc.

N. 15. — *Jacoby George W.* The Treatment of Neuralgies by Means of Intense Cold. — *Camman.* Terebene in Diseases of the Lungs. — *Grounger William.* The Increase of the Insane, and some Problems connected with their Public Care. — *Buckingam William.* Some Complications of Chronic Endarteritis. — *Wylie Gill.* A substitute for the Orthodox Pessary. — *Hebersmith E.* On the Use of Pilocarpin Muriatic in Yellow Fever.

N. 16. — *Morrow Prince A.* An Appreciation of the Modern Method of Treating Syphilis by Hypodermic Injections. — *Coe Henry C.* Some Points in the Diagnosis of chronic Pyelilitis. — *Mynter Hermann.* Aneurism of Innominate Arteris, Treated With Ligature of the Right Carotid and Subclavians Artery. — *Bery Henry W.* A Question of Priority Concerning a New Theory of the Etiology of Congenital Clubfoot. — *Wyeth John A.* A new Method of Excision of the Akle Joint with Removal of the Astragalus.

N. 17. — *Mills Wesley.* A physiological Basis for an Improved Cardiac Pathology. — *Hill Harry.* Jaundice in Thyphoid Fever. — *Chappel W. T.* Submucous Injections in the Chronich Throast and Nasal Diseases. — *Hinde Alfred.* Periodically Recurring Oculo-Motor Paralysis. — *Mitchell Hubbard W.* Varicocele. A simle Operation fort its Cure.

N. 18. — *O' Dwyer Joseph.* Tifty Cases of Croup in Private Practice Treated by Intubation of the Larynx. — *Dwight Henry.* Predisposing Cause of Disease in Early Life. — *Gleitsmann J. W.* Traumatic Haematoma of the Larynx, — *Milroy F. W.* The Aetiology and Course of Pulmonary Consumption, as Influenced by the Climate und Soil of Eastern Nebraska. — *Alexander Sam.* Some Suggestions in regard to Pe-

rineal Section or External Urethrotomy. — *Wagner Clinton.* Colorado Springs and Davos-Platz, as Winter Health Resorts, Compared.

Novembre, N. 19. — *Warren Collins.* A Case of Gastrostomy for Cancer of the Oesophagus. — *Clairborne Herbert.* Retinoscopus, or the Shadow-test. — *Baldy J. M.* Salines in Peritonitis following Abdominal Section. — *Finley J.* The Minde-cure. — *Seelye H. H.* An Udescribed Arterias Murmur.

N. 20. — *Bryant Joseph D.* How can the Medical Profession Aid the Board of Health. — *Carrol Charles.* Laparotomy complicated by True hemorragic Diathesis — Profuse Primary and Secondary Hemorrage — Transfusion — Recovery. — *Burnett Swan M.* Some Thoughts on the Etiology of Squint. — *Atkinson I. E.* A Clinical Study of Erisipelas in Infant.

N. 21. — *Satterthwaide.* Seme considerations on Lithaemia and Allied Disorders, with Illustrative Cases. — *Fowler George B.* Note on the Value of Calomel in Certain Diseases of Childreu. — *Taylor Ling Henry.* A Case of Pott's Disease with an Unusual Deformity — Description of Improved Spinal Apparatus. — *Baruch S.* An interesting Case of Hysterical Amblyopia in the Male. — *Jacobus A. m.* A case of Congenital Hernia of the Abdominal Viscera and Left Lung Presentation of the Hernial Sac, Left Arm and Shoulder-Podalic Versio. — *Sampson A. F.* A Rare Case of Neuroses, Simulating Malarial-Intermittent Fever, Due to Urethral Irritation.

N. 22. — *Hunt Ezra M.* The Prevention of Microphystic Diseases by Individual Prophylaxis. — *Dulles Charles W.* Report on Hydrophobia: Pasteur's Method. — *Grant Bey.* The Antiquity of Medical Science. — *Reyet E. L.* The Radical Cure of Varicocele. — *Wagner Clinton* The Surgical Treatment of Six Cases of Cancer of the Larynx.

Dicembre, N. 23. — *Smith Andrew H.* The Family Physician of the Future. — *Weir Robert F.* A Huge Fibroma of the Abdominal Wall Simulating an Ovarian Tumour — Laparatomy — Recovery. — *Brown Dillon.* Osteoclasis for the correction of Deformities.

N. 24. — *Stikler J. W.* Food-and-Mouth Disease as it Affects Man and Animalis, and its Relation to Human Scarlatina as a Prophylaetic. — *Sexton Samuel.* On the Effect of High Atmospferis Pressure on the Ear. — *Bissell Helen W.* Death from Hydronephrosis of a Parturiens Woman. — *Brothers A.* A Case of Poisoning by Camphor with Remarks. — *Newton George W.* Magnesium Sulphate in Poisoning with Carbolic Acid.

N. 25. — *Martin H. Fraaklin.* A Method of Treatment of Fibroid Tumours of the Uterus by Strong Currents of Electricity based upon exact Dosage. A Modification of Apostoli's Method. — *Gleitsmann F. W.* Hipertrophy of the Tonsil of the Tongue, with History of Cases. — *Hinde Alfred.* A Case of Right Lateral, or Homonymus Hemianopia, with negative History.

N. 26. — *Keyes E. L.* Intraperitoneal Rupture of the Urinary Bladder. Laparotomy, wit Unsuccessful Result. — *Chisholm Isaac W.* Fracture and Dislocation of the Spine. — *Baruch Simon.* Therapeutic Memoranda on Difteria, with Special Reference to the Value of Large Doses of Oil of Turpentine. — *De Garmo W. B.* The Mechanical Treatment of Spinal Irritatton.

N. 27. — *Baker Frank.* Some unusual muscular Anomalies. — *Parker Robert William.* A Question of Priority concerning a New Theory of the Etiology of Cangenital Club-foot. — *Hyde James Nevins.* The Tubercular Syphilide.

Rendiconto del R. Istituto Lombardo (Milano).

Fasc. XV-XVI. — *Griffini.* Sulla riproduzione degli organi gustatori. — *Sanarelli.* Ricerche fisio-patologiche sulla influenza del regime alimentare sull'organismo. — *Fiorani.* Piaghe estesissime, ed innesti cutanei. *Scarenzio.* La iritide considerata quale sintomo tardivo anzichè di ricaduta della sifilide.

Novembre, N. XVII e XVIII. — *Sangalli.* Di alcune alterazioni più importanti o rare di prima formazione. — *Scarenzio.* Sifilide gommosa del naso e rinoplastica parziale a doppio ponte.

Revue de Chirurgie (Parigi).

Ottobre, N. 10. — *Verneuil A.* Études sur la nature, l'origine et la pathogénie du tétanos (N. 12). — *De Fortunet H. D.* Note sur quelques eas de tumeurs des gencives. — *Rochet V.* Des dystrophies observées à la suite des résections. — *Thomas L.* De la luxation du pied par solution en dehors. — *Dubreuil A.* Grenouillette génienne. — *Delbet P.* Abcès du cerveau consécutifs aux cavernes pléurales.

Novembre, N. 11. — *Berger P.* Résection des fragment et suture osseuse dans le traitement des pseud arthroses du fémur. — *Audry Ch.* Des ostéites de l'omoplate (N. 12). — *Martin C.* Du traitement des fractures du maxillaire inférieur par un nouvel appareil.

Dicembre, N. 12. — *Quénu.* Luxation acienne de la hanche. — *Chauvel.* Sur l'opération de Vladimiroff-Mikulicz (Amputation ostéo-plastique).

Revue de Médecine (Parigi).

Ottobre, N. 10. — *Potain.* Du Diagnostic de la péricardite rhumatismale aigue avec épanchement. — *Landouzy L.* et *Siredey A.* Étude des localisations angio-cardiaques typhoïdiques, leurs conséquences immédiates, prochaines et éloignées. (N. 11). — *Rodet A. J.* L'atténuation des virus.

Novembre, N. 11. — *Féré Ch.* Note sur les rapports de l'imagination et du délire. — *Roger G. H.* Note sur les propriété toxiques des sels de cuivre. — *Charmeil.* Du traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique par la méthode de Moore. — *Parmentier E.* Épidémie de suette miliaire.

N. 12. — *Leclerc F.* Note sur trois cas de tumeurs intracraniennes. — *Héricourt.* Les associations microbiennes. — *Lesage A.* De la dyspepsie et de la diarrhée verte des enfants du premier âge. — *Weill E.* Pneumonie paradoxale.

Revista de Medicina y Farmacia (Parigi).

Ottobre, 21. — *D'Aranjo Oscar.* El secreto médico. — *De Moura Cursino José Philippe.* Algunos sudorificos de la flora braxileña y su accion terapéutica.

Dicembre, N. 24. — *D'Aranjo Oscar.* Especialidades farmaceuticas — *Firetin.* El Méthodo Sangriento en el tratamiento de las luxaciones traumáticas de la cadera. — *Lefevre Charles.* La dipsomania.

N. 25. — *De la Matta Gomez Federico.* El Ocena. — *D' Ornellas*, Baron. Gangréna spontanea de los dedos por arterites sifilitica.

Revue générale d'Ophthalmologie (Parigi).

Settembre, N. 9. — *Hess.* De la cataracte naphtalinique.

Ottobre, N. 10. — *Leber.* L'irédectomie contre le glaucome. — *Leroy.* Note complémentaire sur la théorie du phénomène de l'ombre pupillaire.

Novembre, N. 11. — *Bouveret L.* Observation de cécité totale par lésion corticale ; ramollissement de la face interne des deux lobes occipitaux.

Revue sanitaire de Bordeaux.

Settembre, N. 91-92. — Association française pour l'avancement des sciences ; Section d'Hygiène au Congrés de Toulose.

Ottobre, N. 93. — Examen du réglement de 1882 sur les constitutions scolaires.

Novembre, N. 94. — *Drouineau.* Chronique de l'hygiène.

Dicembre, N. 95-96. — Des plantations d'arbres dans l'intérieur des villes au point de vue de l'hygiène publique. — *Layet A.* Les maladies des tisserants. — L'épidémie de fièvre eyphoïde à l'École normale et au Collége de Cluny. — *Chambers.* Les populations indigènes entre le Haut-Sénégal et le Haut-Niger.

Rivista clinica di Bologna.

Settembre, N. 9. — *Mya G.* Sul vomito urobilinico non fecaloide nelle occlusioni del tenue con ricerche sperimentali sulla sede e sulle cause della produzione dell'urobilina nel tratto intestinale. — *Ceci Antonio.* Emiparesi progressiva sinistra, iniziatasi due mesi dopo di un trauma alla regione parietale destra e giunta ad emiplegia completa. Stato comatoso. Trapanazione del cranio e vuotamento di ematoma. Guarigione perfetta.

Ottobre, N. 10. — *Viglesio A.* Sul valore diagnostico e prognostico della globolinuria. — *Cimbali Francesco.* Cisti ed echinococco del mesentere. — *Petrone L.* Di nuovo sulla porpora emorragica, infettiva, idiopatica.

Novembre, N. 11. — *Musmeci Nicola.* A proposito di un caso di morbo d'Addison. — *G. Piazza.* Sulla convenienza della puntura diagnostica nei cistomi dell' ovario. — *F. Busacchi.* Il risultato di 46 osteotomie per deformità rachitiche delle estremità inferiori. — *Lorenzo Mannino.* Storia clinica di un caso di sifilide ereditaria tardiva simulante il così detto pseudo tumor bianco sifilitico.

Rivista sperimentale di Freniatria (Reggio Emilia).

Fasc. II. — *I. Freniatria.* — *Borgherini.* Caso speciale di affezione combinata dei cordoni posteriori e laterali del midollo spinale. — *Tamburini.* L' allucinata di Castelnuovo Monti. — *Marina.* Reazioni dei nervi e dei muscoli alle eccitazioni elettriche in donna che presentava fenomeni ipnotici nello stato di veglia. — *Tambroni.* Sopra un caso di demenza paralitica in individuo affetto da atrofia muscolare progressiva. — *Scaravelli.* Spasmo esofageo in giovinetto isterico guarito colla suggestione ipnotica. — *Petrazzani.* Ricerche su alcuni nuovi ipnogeni: — 1.° Il Metilal. — 2.° L'Idrato di Amilene. — *Idem.* Le Afasie.

Rivista veneta di scienze mediche (Venezia).

Settembre, N. 9. — *De Giovanni Achille.* Commentari di Clinica medica. — Art. II. Osservazioni intorno alla età critica della donna. — *Pagello Giusto.* Annotazioni clinice sull'osteomielite delle ossa del tarso. — *Negri Paolo.* Contribuzioni pratiche di ostetricia. (N. 11). — *Ciccone Vincenzo.* Contributo alla storia del cancro del piloro e sua evoluzione rarissima. — *Falcone Tebaldo.* A proposito di un caso di edema acuto angineurotico ereditario. — *Dozzi Giulio.* Statistica delle operazioni chirurgiche eseguite dal biennio dal luglio 1885 al luglio 1887 e note cliniche sopra alcuna di esse.

Ottobre, N. 10. — *Gradenigo Giuseppe.* Contribuzione alla dottrina delle otiti interne acute bilaterali. — *Frattina Basilio.* Istero-ovario-

tomia cesarea. — *Cantilena Paolo.* Ulcera sifilitica dell' aorta aperta nel bronco sinistro; sifilide del polmone sinistro; pleurite ed idropercardite. — *Corradi Corrado.* Il cateterismo con strumenti piegati ad angolo. — *Borgherini Alessandro.* Sopra alcuni tentativi di screbellazione. — *Dozzi Giulio.* Statistica delle operazioni chirurgiche eseguite dal luglio 1885 al luglio 1887 e note cliniche sopra alcune di esse. — *Frigo F.* Nota sulla importanza dello studio dell'arterite capillare. — *De Facci F.* Endocardite settica acuta post-morbillosa.

Novembre, N. 11. — *Gradenigo Giuseppe.* Sulla patogenesi della otite sclerosante e della anchilosi stapedio-vestibolare. — *D'Arman.* Contribuzione allo studio del polso raro permanente con accessi sincopali ed epilettiformi. — *Usiglio G.* Due casi di echinococco ed uno di ascesso del fegato; operazione e guarigione. — *Breda Achille.* Sui peli moniliformi (con tavola).

Dicembre, N. 12. — *Pasqualigo Luigi.* Monografia sulla pertosse. — *De Facci-Negrati.* Sulle forme eruttive cutanee nel reumatismo. — *Breda Achille.* Eritema nodoso diffuso alla cute, alla bocca, laringe, trachea e testicolo destro.

Schmidt's Jahrbücher (Lipsia).

Ottobre, N. 10. — *Schrader Max E. G.* Der hämatogene Ikterus.

Novembre, N. 11. — *Schmidt Heinrich.* Zum gegenwärtigen Stand der Cholerafrage.

Sperimentale (Lo) (Firenze).

Ottobre. — *Nannotti Angelo.* Osservazioni cliniche e sperimentali intorno alle lussazioni metacarpo-falangiche anteriori. — *Mugnai Angelo.* Resezioni e artreectomie nelle affezioni fungose del ginocchio. — *Montalti Annibale.* Morta per paura. — *Giuffrè L.* Un caso di tetano traumatico con emiplegia facciale. (Tetano cefalico, tetano idrofobico del Rose).

Novembre. — *Del Chiappa G. B.* Fistola stercoracea simulante un ascesso della glandula vulvo-vaginale. — *Pestalozza Francesco.* Meningite tubercolare successiva a tosatura.. — *Cimbali F.* Ittero grave, degenerazione gialla acuta del parenchima epatico. — *Marconi Enrico.* Sopra una operazione di gozzo vascolare cavernoso. — *Paci Agostino.* Asportazione totale e resezioni parziali della scapola. — *Ferreri Gherardo.* Gli ospizj marini e la rachitide nell' infanzia.

Dicembre, N. 12. — *Paci Agostino.* Asportazione totale e resezioni parziali della scapola. — *Berri Adolfo.* Della dilatazione prostato-cervicale nei suoi rapporti con la terapia dei calcoli vescicali. — *Gucci Raffaello.* I nomi degli alienati. — *Piperino Ettore.* Di una laparatomia in un neonato.

Terapia Moderna (Napoli).

Ottobre, N. 10. — *Santoliquido*. Azione fisiologica e terapica del latte. — *Semmola*. La Medicina Scientifica e la Batteriologia innanzi al metodo sperimentale. (Conferenza fatta al Congresso medico di Vasghinton).

Novembre, N. 11. — *Santoliquido*. Degli ellebori e della elleboirina.

Union médicale (Parigi).

Ottobre, N. 12. — *Onimus*. Nouveau mode de traitemart par les cxydations médicamenteuses. — *Canali*. Du phospore dans le rachitismes.

N. 121. — *Sereins*. Traitement de la pustule maligne par les injections jodées. — *Petit L. H.* Association française pour l'avancement des sciences (N. 122, 123).

N. 122. — *Le Gendre P.* Autosepsie prophilactique des dents.

N. 123. — *Springer Maurice*. Le Congrès d'hygiène à Vienne (N. 124, 125, 126, 129).

N. 124. — *Petit L. H.* Sur une suite éloignée et rare du panaris (N. 125).

N. 126. — *Wallich Victor*. Accidents imputables au pansement à l'iodcforme. — *Raimondi*. Quelques observations sur les effets thérapentiques du kephir.

N. 127. — *Chàron Paul*. Les nouveaux traitements de la coqueluche (N. 128).

N. 129. — *Dehenne*. Traitèment de l'entropion par le thermacoutère.

N. 130. — *Richelot*. Six nouvelles hystérectomies vaginales (N. 131).

N. 131. — *Duroziez*. De l'angine de poitrine par sténose des artères coronaires en 1821 (N. 132)

N. 133. — *Courtade*. Étude clinique et experimentale sur la rupture du péritoine gastro-intestinal (N. 134).

Novembre, N. 135. — *Dreyfous*. De l'hystérie alcoolique (N. 136, 140, 145, 147).

N. 137 — *Budin*. De la perforation des petites lèvres: son mode de production.

N. 138. — *Boulomié*. Modifications actuelles des glycosuries et diabètes. — *Bouchard*. Du naphtol comme antiseptique.

N. 139. — *Von Sommer*. Le premièr cas de l'actinomycosis observé à Naples. — *Boucheron*. Folie, mélancolique et autres mentaux dépressifs dans les affections otopiésiques de l'oreille.

N. 140. — (Vedi) N. 135

N. 141. — *Stapfer*. Fonctionnement de deux nouvelles màternités de Paris et des petits services d'accouchements de la province.

N. 142. — *Ferrier F.* Kyste cliniquement uniloculaire de l'ovaire gauche. Ovariotomie. Guérison.

N. 143. — *Richelot L. G.* De la cure des hernies et hydrocèles congénitales.

N. 144. — *Polaillon.* Note sur le gigantisme utérin; ses accidents, son traitement.

N. 145. — *Gellé.* La valeur séméiotique de l'audition de la parole suivant les âges.

N. 146. — *Bouloumié.* Médications actuelles des glycosuries et diabètes.

N. 147. — (Vedi) N. 135.

N. 148. — *Panas.* Pathogénie des lésions cornéennes chez les granuleux. Traitement des granulations. — *Bouloumié.* Service de santé militaire; son recrutement et son organisation (N. 158).

Dicembre, N. 149. — *Petit L. H.* Sur la découverte des glandes bulbo-uréthrales par Jean Mery (N. 150).

N. 150. — *Deligny.* L'eczéma des ongles.

N. 151. — *Lanceraux.* Anatomie páthologique et complications de l'urémie (N. 154). — Réorganisation. du Val des Grâce.

N. 152. — *Petit L. H.* Le microbe du cancer.

N. 153. — *Richelot L. G.* Hystérectomie vaginale. — *Decayre.* Les honoraires des médecins légistes. — *Durrant.* Du traitement antiseptique des maladies de l'appareil respiratoire, et, en particulier, de la tubercolose pulmonaire.

N. 154. — (Vedi) N. 151.

N. 155. — *Trousseau A.* Un cas d'érythème iodoformique.

N. 156. — *Verneuil.* De quelques causes de gravité de la syphilis. — *Labaoubène.* Harvey et la circulation du sang.

N. 157. — *Richelot L. G.* De la cure des hernies et hydrocèles congénitales. — *Riant.* Obsèques de M. le docteur Achille Foville.

N. 158. — *Combemale et Fédou.* Traumatisme réveillant une syphilis ignorée.

N. 159. — *Ladreite de Lacharrière.* De l'audition et de ses rapports avec le langage.

N. 160. — *Verneuil.* De quelques causes de gravité de la syphilis *(hybrides syphlitiques).*

N. 161. — *Hallopeau.* Note sur un fait de syphilis à évolution normale.

N. 162. — *Morel Lavallée A.* Des causes du tabes: surmenage et fatigues corporelles. Un cas d'hémitabes.

Pisa, 6 Ottobre 1887.

Al Comitato ordinatore dell'Esposizione medica del XII Congresso di Pavia.

Il sottoscritto domanda alle SS. LL. Ill.me per qual ragione i due oggetti da esso inviati a codesta Esposizione, ed ivi stati in mostra, non figurano nell'elenco dei semplici espositori, non essendovi articolo di Regolamento a cui si possa riferire questa esclusione.

Carlo Minati
Direttore della Clinica Ostetrica
nella R. Università di Pisa.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI PATOLOGIA SPECIALE E CLINICA MEDICA

del Dott. PENNATO PAPINIO

BIBLIOGRAFIA.

INDICE

DELLA PARTE RIVISTA

Vol. CCLXXXIII — 2.° Semestre — 1887.

Indice alfabetico delle sezioni

Indice alfabetico degli Autori

Indice alfabetico delle materie

A

B

C

D

E

F

G

I

J

L

M

N

O

P

R

S

